This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

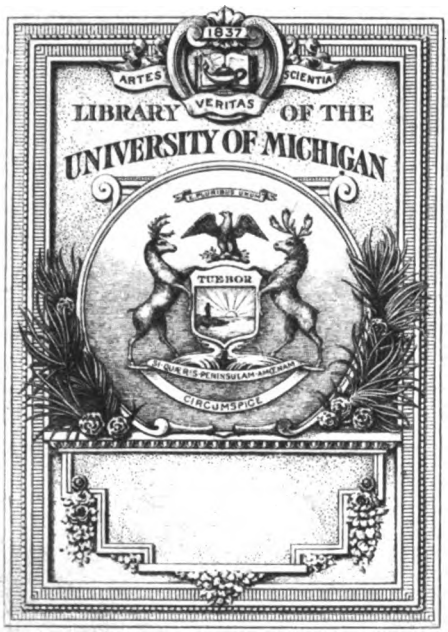
+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

3 9015 00217 641 3
University of Michigan - BUHR

Digitized by Google



Digitized by Google

610.5
R46
S41
M5

Digitized by Google

Digitized by Google

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

Digitized by Google

Digitized by Google

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

Digitized by Google

Digitized by Google

Med.
Montthaven
7-27-25
11833

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ETRANGER.

ANATOMIE.

Ueber einen besonderen Bestandtheil der Seitenstränge des Rückenmarkes und über den Faserursprung der grossen aufsteigenden Trigeminuswurzel (Sur une partie constituante des cordons latéraux de la moelle et sur l'origine de la racine ascendante du trijumeau), par BETCHEREW (*Arch. f. Anat. u. Phys., Heft* 1 *et* 2, 1886).

Il existe dans la moelle une petite région distincte que l'auteur désigne sous le nom de région des racines postérieures des cordons latéraux. Chez le fœtus, au niveau des portions sacrée, lombaire et dorsale inférieure de la moelle, cette région est limitée en dedans par la substance de Rolando, en dehors par la périphérie de la moelle, en avant par le cordon pyramidal et la substance grise ; en arrière elle s'étend un peu au delà du point de pénétration des racines postérieures.

Plus haut, ce cordon se trouve situé entre l'extrémité de la corne postérieure et la périphérie de la moelle ; une partie des fibres qui le constituent passent entre les faisceaux des racines postérieures. Ce cordon diminue d'épaisseur dans les parties les plus élevées de la moelle dorsale ; il est constitué par un certain nombre de fibres disséminées entre les faisceaux radiculaires postérieurs. Il augmente de volume dans la moelle cervicale et forme une couche épaisse située le long de la partie externe de la substance gélatineuse de Rolando. Au niveau de la moelle allongée, les fibres de ce cordon font place aux faisceaux de la racine bulbaire ascendante du trijumeau.

Ce cordon est constitué par les fibres ascendantes des racines postérieures qui vont, après un trajet ascendant de longueur variable, plonger dans les cornes postérieures. Le revêtement myélinique des fibres qui le composent se développe tardivement. Dans les sections transversales de la moelle, on observe le long de ce cordon, une dégénération ascendante qui remonte à 5, 10, 15 millimètres du lieu de la section.

La grosse racine ascendante du trijumeau (racine bulbaire de Duval, racine descendante de Stilling) se développe de très bonne heure. Elle est constituée par des fibres à myéline chez les fœtus de 25 à 28 centimètres de long. Elle naît un peu au-dessous de l'entrecroisement des

Digitized by Google

pyramides par un ensemble de petits faisceaux qui proviennent de divers groupes cellulaires de la base des cornes postérieures. A mesure qu'on remonte, le nombre des fascicules va en augmentant ; ceux-ci sont situés au niveau de la base des cornes postérieures, en avant et en dedans de la substance gélatineuse. Bientôt le faisceau, qui résulte de leur coalescence, se porte en dehors, traverse la substance gélatineuse et vient se placer à la partie externe de cette substance pour suivre son trajet ascendant jusqu'au point d'origine apparente du nerf. ASSAKY.

Ueber die Entwickelung des sympatischen Nervensystems (Développement du grand sympathique), par ONODI (*Arch. f. mikr. Anat. Band XXVI, Heft 1 et 4*, 1885-86).

Chez les poissons et les lézards, les ganglions intervertébraux reconnaissent pour origine une prolifération cellulaire du segment dorsal du tube médullaire. Chez le poulet il en est de même au niveau des protovertèbres ; mais dans la région céphalique les ganglions proviennent de l'ectoderme, ainsi que l'ont montré Balfour, Mathias Duval, etc. Ils se détachent du cordon ectodermique qui relie la moelle à l'ectoderme.

Les racines procèdent, par bourgeonnement, du tube médullaire. Les racines antérieures se montrent avant les postérieures.

Les ganglions sympathiques naissent par prolifération centrifuge ; ils procèdent de la partie ventrale des ganglions intervertébraux.

Le cordon intermédiaire est une production secondaire ; il est formé par l'ensemble des ganglions sympathiques embryonnaires. Il est le point de départ des ganglions et des réseaux sympathiques de la cavité viscérale.

Les ganglions sympathiques des viscères se développent, selon toute probabilité, sur place. ASSAKY.

Ueber die Vertheilung der motorischen Nervenendapparate in den quergestreiften Muskeln der Wirbelthiere (Sur la distribution des terminaisons nerveuses motrices dans les muscles striés des vertébrés), par G. SANDMANN (*Archiv für Anatomie u. Physiologie. Physiologische Abtheilung, p.* 240-252, 1885).

D'après Krause, chaque fibre musculaire ne reçoit qu'une terminaison nerveuse, tandis que Kühne, Cohnheim, Tschirjew, Bremer admettent que toute fibre musculaire suffisamment longue porte deux terminaisons au moins et parfois un assez grand nombre. Le travail de Sandmann nous explique la raison de cette contradiction.

Les recherches de Krause ont été faites principalement sur des muscles de mammifères, dont les fibres ne reçoivent en effet qu'une terminaison nerveuse, tandis que les autres auteurs cités ont étudié les fibres musculaires de la grenouille, du lézard, etc., où les terminaisons nerveuses multiples sont fréquentes.

G. Sandmann a trouvé que chez la grenouille les muscles triceps et gastrocnémien se comportaient sous ce rapport comme ceux des mammifères, tandis que dans les muscles couturier, cutané, etc., chaque fibre musculaire reçoit plusieurs terminaisons nerveuses espacées à des distances régulières. Seules les extrémités des fibres sont exemptes des plaques terminales sur une longueur de quelques millimètres.

Digitized by Google

G. Sandmann a cherché à résoudre la question de savoir si une même fibre musculaire pouvait être innervée par des fibres nerveuses provenant de racines spinales différentes, c'est-à-dire dépendant de centres nerveux différents. Le muscle couturier reçoit chez la grenouille des fibres nerveuses provenant des 7e, 8e et 9e paires spinales. Sandmann coupe la 8e racine, puis attend que le bout périphérique des fibres nerveuses ainsi que leurs plaques terminales aient dégénéré. En examinant alors les fibres musculaires du couturier, il en trouve quelques-unes portant à la fois des terminaisons intactes et des terminaisons dégénérées. La question posée doit donc être résolue affirmativement.

Voici le procédé que Sandmann recommande pour isoler les fibres musculaires et étudier la situation et même la structure des terminaisons nerveuses.

Le muscle frais est macéré pendant 1 à 8 jours à froid en vase clos dans l'*acide sulfureux* du commerce. On le lave ensuite, puis on le fait bouillir à différentes reprises dans de l'eau distillée que l'on renouvelle chaque fois.

Il suffit alors de secouer le fragment musculaire dans un peu d'eau pour séparer les différentes fibres munies de leurs terminaisons nerveuses. On les traite ensuite par le chlorure d'or ; à cet effet on le trempe pendant quelques minutes dans une solution diluée contenant de 1 à 3 gouttes de chlorure d'or sur 10 centimètres cubes d'eau.

On rince et l'on fait bouillir pendant quelques minutes dans l'eau distillée, aiguisée d'un peu d'acide acétique. Les fibres sont montées ensuite dans un mélange de glycérine et d'eau légèrement acide.

L. FREDERICQ.

Ueber den Bau der Grandry'schen Körperchen (Structure des corpuscules de Grandry), par DOSTOIEWSKY (*Arch. f. mikr. Anat. Band XXVI, Heft* 4, 1886).

Les cellules des corpuscules du tact du bec du canard présentent, ainsi que l'a montré Ranvier, une striation particulière ; elles possèdent un noyau qui est placé à la périphérie de l'élément. Les noyaux sont munis de nucléoles.

Entre ces cellules et autour du disque tactile se trouve une petite plaque annulaire signalée par Hesse. Ce noyau n'est que le prolongement intercellulaire de la gaine lamelleuse qui forme l'enveloppe du corpuscule, c'est une émanation de la couche endothéliale qui tapisse la face interne de la capsule fibreuse.

La gaine de Henle du tube nerveux afférent se continue avec la capsule fibreuse. Le nerf se dépouille de sa myéline et de sa gaine de Schwann au moment où il pénètre dans le corpuscule ; mais dans d'autres cas il pénètre entre les deux cellules à l'état de tube nerveux parfait. Néanmoins l'auteur n'a pas vu la gaine de Schwann se continuer avec le disque tactile.

D'autres fois le nerf se contourne ou se renfle avant de pénétrer dans le disque ; les deux cellules qui le recouvrent sont excavées à ce niveau. Cette excavation n'est point un phénomène cadavérique; il est difficile d'affirmer que cette excavation représente un espace lymphatique (Hesse).

Digitized by Google

Le cylindre-axe aborde le disque tantôt par une de ses faces, tantôt par un de ses bords. Lorsqu'il existe deux disques, les cylindres-axes proviennent de la bifurcation d'un seul tube ou bien ils émanent de deux tubes nerveux distincts.

Il existe dans le bec du canard une autre forme de corpuscules tactiles. Ces corpuscules sont constitués par une seule cellule striée qui loge un disque tactile au niveau de sa face concave. Ces corpuscules uni-cellulaires se trouvent dans le voisinage des corpuscules ordinaires; ils sont les analogues des ménisques que Ranvier a décrits dans le groin du porc. ASSAKY.

Ueber Neubildung und Zerfall weisser Blutkörperchen (Formation et destruction des globules blancs), par LÖWIT (*Sitzungsb. d. Akademie der Wissensch. zu Wien., Band XCII, Heft* 1 *et* 2).

Le sang des animaux à sang chaud de même que celui des animaux à sang froid possèdent deux variétés de globules blancs. Les uns, leucoblastes, président à la formation des leucocytes, les autres, érythroblastes, sont destinés à reproduire les hématies. Les leucoblastes diffèrent des érythroblastes par la structure de leurs noyaux, par leur mode de division, par la constitution du protoplasma.

Les leucoblastes proviennent des organes hématopoïétiques sous forme de petits globules munis d'un seul noyau. Tombés dans le courant circulatoire, ces éléments subissent, sous l'influence probable de changement de milieu, une série de modifications qui n'aboutissent pas à une néoformation cellulaire, mais qui peuvent être considérées, au contraire, comme un acheminement vers une destruction prochaine. Les leucocytes multinucléés sont le résultat de phénomènes dégénératifs (A. Schmidt).

Les érythroblastes proviennent des ganglions lymphatiques (lapin); il n'est pas encore établi s'ils reconnaissent pour origine d'autres organes hématopoïétiques. La transformation des érythroblastes en hématies n'a pas lieu dans les ganglions lymphatiques, chez les animaux à sang chaud. On ne sait pas encore au juste si cette transformation se fait dans le sang ou dans d'autres organes. Il est probable que la moelle osseuse joue un certain rôle dans ce phénomène.

La leucocytose et la leucémie proviennent de deux processus différents. Dans la leucocytose il y a exagération de formation de leucoblastes; dans la leucémie les organes hématopoïétiques ne renferment pas un excès de leucoblastes; le sang des leucémiques renferme une moindre quantité de leucocytes en voie de destruction; il est donc probable que l'excès de globules blancs du sang leucémique, au lieu de tenir comme dans la leucocytose à un excès de formation, est au contraire en rapport avec une moindre destruction.

Les cellules géantes de la moelle des os des animaux adultes, celles du foie et de la rate des embryons n'ont point de rapport direct avec les leucoblastes, et, par suite, avec la néoformation des globules blancs du sang. ASSAKY.

Digitized by Google

Sur l'endothélium de la paroi interne des vaisseaux des invertébrés, par W. VIGNAL (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 3 *mai* 1886).

La paroi interne des vaisseaux du système circulatoire des invertébrés (escargot, écrevisse) est tapissée par un endothélium plat, appartenant, par la forme de ses cellules, au type lymphatique (bords sinueux engrénés par leurs dents); cet endothélium cesse aux points où les vaisseaux s'ouvrent dans les espaces lacunaires, au niveau desquels le liquide des vaisseaux vient baigner directement les éléments constitutifs des tissus, en circulant dans les espaces conjonctifs. Le système circulatoire des invertébrés serait donc l'analogue du système lymphatique des vertébrés, et non, comme on l'a plus généralement admis, l'analogue du système sanguin de ceux-ci; et, en effet, Ranvier a considéré comme de la lymphe le sang incolore, rose ou violet, des invertébrés. M. DUVAL.

Contribution à l'étude de l'endartère, par L. VIALLETON (*Thèse de Lyon*, 1885).

La tunique interne des artères ou endartère (tunique de Bichat) est, chez l'homme, beaucoup plus complexe qu'on ne l'avait cru jusqu'à présent. Dans une endartère du type le plus compliqué telle que celle de l'artère pulmonaire ou de l'aorte, on compte à partir de l'endothélium jusqu'à la limitante élastique (tunique moyenne) trois formations, bien distinctes, quoique passant insensiblement de l'une à l'autre sur leurs lignes de contact.

1° La couche sous-endothéliale, recouverte par la vitrée, fait corps et se continue sur sa limite superficielle avec la vitrée ; elle est englobée par la couche profonde de cette lame hyaline. La formation sous-endothéliale est constituée par une mince couche de tissu connectif embryonnaire, caractérisée par des cellules rameuses plates, envoyant des arborisations protoplasmiques vers la profondeur. Les cellules sont réunies de manière à former de petits groupes arrondis ou des tourbillons irréguliers; les prolongements membraniformes ou filiformes s'intriquent de manière à fournir l'apparence d'un réseau continu. Ces cellules répondent aux petites figures stellaires superficielles de Langhans.

2° La couche intermédiaire ou formation muqueuse est constituée par des cellules rameuses en couches concentriques et par une substance fondamentale qui, au lieu d'être hyaline et transparente comme dans la couche précédente, renferme au contraire des fibrilles fines, intermédiaires aux fibres élastiques et aux fibres conjonctives. Les cellules ont le caractère des cellules fixes du tissu muqueux. Les grandes figures de Langhans disposées en tourbillons correspondent à ces éléments cellulaires. Dans l'assise la plus profonde de la couche intermédiaire les cellules réalisent le type des éléments cellulaires adultes du tissu conjonctif ordinaire.

3° La couche juxtamusculaire est une formation élastique et connective. Elle contient des plans élastiques disposés en systèmes de tentes, de grandes cellules conjonctives et les cellules striées découvertes par Renaut. Ces cellules possèdent un protoplasma strié longitudinalement et divisé en une série de baguettes cylindriques juxtaposées

Digitized by Google

tout à fait comparables aux cylindres primitifs des fibres musculaires lisses; elles sont intermédiaires aux cellules connectives et aux cellules musculaires proprement dites.

Il existe une série d'intermédiaires entre les cellules striées de Renaut et les grandes cellules rameuses du tissu connectif, de même qu'il existe des types de transition entre les cellules striées et les cellules musculaires lisses. Les cellules de Renaut proviennent très probablement d'une différenciation des cellules connectives.

L'endartère n'existe pas dans l'aorte de l'embryon et de l'enfant, elle n'existe pas non plus dans les artérioles; c'est une formation secondaire intercalée entre l'épithélium et la membrane moyenne.

On trouve dans les endartères absolument saines des cellules migratrices; celles-ci n'existent jamais dans la couche sous-épithéliale; elles sont rares dans la couche muqueuse mais deviennent de plus en plus nombreuses à mesure qu'on s'approche des parties profondes de cette couche. Ces cellules doivent provenir des vasa-vasorum et se transforment peut-être en éléments du tissu connectif. ASSAKY.

Ueber Arterienspindeln und über die Beziehung der Wanddicke der Arterien zum Blutdruck (Des dilatations fusiformes des artères et des rapports qui existent entre l'épaisseur de leurs parois et la pression sanguine), par H. STAHEL (*Arch. f. Anat. u. Phys., Heft* 1 *et* 2, 1886).

On peut distinguer deux types dans la conformation de la crosse de l'aorte chez l'homme ; tantôt l'aorte ascendante se continue avec l'aorte descendante au moyen d'une courbe régulière, tantôt la transition est brusque : la crosse, après avoir donné naissance aux branches ascendantes, se coude tout d'un coup pour se continuer avec l'aorte descendante. Le bord inférieur de la crosse, au lieu de présenter une forme arrondie, subit une inflexion angulaire ; le sommet de l'angle correspond au brusque changement de direction. La lumière du vaisseau est rétrécie au niveau de cette déviation angulaire; ce rétrécissement mérite le nom d'isthme de l'aorte. Au delà de ce point il existe une légère dilatation; cette dilatation fusiforme (His) reconnaît pour cause le brusque changement de direction de l'artère.

La paroi convexe de l'isthme de l'aorte est plus épaisse que sa paroi inférieure (His). Cette épaisseur plus grande est en rapport avec une pression intra-vasculaire plus marquée. La paroi concave de l'aorte ascendante est plus épaisse que la paroi convexe ; en effet, la pression qu'exerce l'ondée sanguine est plus considérable le long de la paroi concave que le long de la paroi convexe.

Il en est de même pour la sous-clavière ; cette artère possède, comme l'aorte, un isthme et une dilatation fusiforme. L'isthme de la sous-clavière s'étend de la thyroïdienne inférieure à la scapulaire postérieure ; il mesure de 0.5 à 1 centimètre, et se distingue par la minceur de ses parois. Dans la ligature de la sous-clavière au lieu d'élection, le fil est placé sur cette portion amincie de l'artère. De nombreuses mensurations font voir qu'à ce niveau la paroi artérielle est d'un tiers ou de moitié moins épaisse qu'avant l'isthme.

Ces variations s'observent également sur les autres gros troncs artériels; leurs parois présentent les alternatives d'épaississements et

Digitized by Google

d'amincissements locaux. Chaque fois qu'une artère donne naissance à une branche collatérale on voit sa paroi augmenter d'épaisseur ; elle s'amincit ensuite pour s'épaissir de nouveau à l'occasion d'une nouvelle ramification. Si l'on cherche à exprimer ces différences par des tracés graphiques, on obtient des courbes ondulées dans lesquelles les points culminants correspondent aux lieux d'émergence des branches artérielles. ASSAKY.

Ueber das Verhältniss der Lungen zu den Bronchien (Des rapports des bronches et des poumons), par W. BRAUNE et H. STAHEL (*Arch. f. Anat. u. Phys., Heft* 1 *et* 2, 1886).

La trachée de l'homme n'est pas un conduit cylindrique, ainsi que l'ont avancé Sée et Krause ; ce n'est point non plus un conduit infundibuliforme, ainsi que le soutient Aeby. Après avoir subi un premier rétrécissement immédiatement après son origine, la trachée va en s'élargissant jusqu'au niveau de sa partie moyenne ; puis ce conduit se rétrécit progressivement jusqu'à 3 centimètres de sa bifurcation. A partir de ce point la trachée va en s'élargissant de nouveau et se continue avec les bronches.

La lumière des bronches, mesurée à leur bifurcation, est plus considérable que celle de la somme des ramifications bronchiques. Le calibre des deux bronches est supérieur à celui de la trachée.

Chez le chien on trouve des dispositions semblables. La section des bronches au niveau de leur bifurcation est plus large qu'au point où les bronches se ramifient. On trouve le même résultat, qu'on s'adresse à la bronche gauche ou à la bronche droite.

L'emphysème pulmonaire a pour effet d'augmenter le calibre des bronches au point où elles se bifurquent ; cette dilatation bronchique est proportionnelle à la dilatation pulmonaire.

Lorsque le poumon présente, d'un côté, une capacité moindre qu'à l'état normal, la bronche qui s'y rend est moins volumineuse que du côté sain. La capacité des bronches est en rapport direct avec la masse d'air qui les traverse.

Ainsi que l'ont montré Henle, Luschka, Krause, Braune, les sommets des deux poumons ne sont pas situés sur la même ligne ; le poumon droit dépasse le poumon gauche. Le sommet du poumon droit dépasse celui du côté gauche de 0.5 à 1 centimètre en moyenne. ASSAKY.

Sur l'origine des éléments constituant le périchondre et le périoste et sur l'évolution et le rôle de ces membranes, par RETTERER (*C. R. de la Soc. de Biologie*, 30 *janvier* 1886).

Le périchondre n'existe pas, à proprement parler, dans les nodules cartilagineux qui apparaissent dans le tissu mésodermique embryonnaire. Dès que les segments cartilagineux ont pris la forme des os définitifs, le tissu conjonctif leur constitue une membrane bien délimitée des tissus voisins. Celle-ci devenue périchondre, non vasculaire à l'origine, laisse reconnaître une couche externe, fasciculée, et une couche interne, la couche chondrogène, qui a la même constitution que le tissu conjonctif embryonnaire et continue à produire, d'une façon analogue,

Digitized by Google

par division cellulaire, des cellules fabriquant et exsudant la substance cartilagineuse amorphe du squelette primitif des membres. Plus tard, ce même périchondre devient périoste. Celui-ci, outre la couche externe fasciculée, présente une couche interne de texture différente, aussi bien dans les os précédés de cartilage que dans ceux qui se développent aux dépens des membranes fibreuses. Cette couche interne ostéogène est formée d'un réseau de cellules fusiformes et étoilées; ses mailles sont remplies d'éléments cellulaires jeunes formant à la surface de la zone préosseuse, une rangée d'ostéoblastes pourvus déjà de fins prolongements qui forment les canalicules osseux. Les ostéoblastes s'éloignent les uns des autres et le dépôt de sels calcaires se fait sous forme de traînées granuleuses dans le tissu préosseux.

Le tissu conjonctif squelettogène forme donc : 1° le périchondre, produisant la couche chondrogène qui élabore le squelette cartilagineux; 2° le périoste, produisant la couche ostéogène qui élabore le squelette osseux (en partie). F. H.

Note sur l'origine du sinus maxillaire et de ses glandes chez l'embryon, par G.-I. LAGUESSE (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, 7 *novembre* 1885).

Sur un embryon de mouton de 3c,7, l'ébauche du sinus maxillaire apparaît sous forme d'un bourgeon épithélial creux, naissant à la partie antérieure de la fosse nasale, et s'enfonçant directement en arrière et un peu en bas.

Ce bourgeon croît rapidement et devient un tube renflé à l'extrémité qui reste en dedans du cartilage qui représente la voûte des fosses nasales.

La partie inférieure de ce cartilage se replie pour former le squelette du cornet inférieur; dans la région profonde, elle descend, avant de se replier, beaucoup plus bas que le pédicule de ce cornet, et se déprime ainsi, avant d'y pénétrer, en une sorte de gouttière; c'est dans cette gouttière que vient se coucher l'extrémité large et aplatie latéralement du tube épithélial.

Chez un embryon de 6c,8, il se forme au-dessus du cornet inférieur une dépression épithéliale, qui marche au-devant du point d'union de la cavité primitive du sinus avec son prolongement; c'est ainsi que paraît s'ouvrir la communication définitive. On voit aussi, chez un embryon de cet âge, plusieurs bourgeons glandulaires se détacher du tube épithélial.

A mesure que l'extrémité du tube épithélial se renfle, elle se coude en même temps à angle droit et prend un aspect piriforme. Sur des bourgeons de 13 à 14c,5, le sinus maxillaire forme déjà une vaste cavité communiquant largement avec les fosses nasales. F. H.

Disposition et connexions du réseau lymphatique dans les amygdales, par RETTERER (*C. R. de la Soc. de Biologie*, 23 *janvier* 1886).

De ses injections à la gélatine et au nitrate d'argent, dans les amygdales du chien, l'auteur conclut que le réseau lymphatique occupe toute la masse folliculaire des amygdales et constitue dans ces organes un système de canaux parfaitement clos, ne s'ouvrant dans le réticulum conjonctif ni par des stomates ni par des extrémités béantes. F. H.

Digitized by Google

Ueber den Circulationsapparat in der Nasenschleimhaut (L'appareil circulatoire dans la muqueuse nasale), par E. ZUCKERKANDL (*t. XLIX des Mémoires des sciences naturelles et mathématiques de l'Académie des sciences de Vienne*).

L'artère sphénopalatine est le vaisseau principal de la muqueuse nasale; de ses deux branches, l'une, la nasale postérieure, alimente toute la région respiratoire des fosses nasales ainsi que la partie inférieure de la fissure olfactive; l'autre, la naso-palatine, alimente la cloison et la partie supérieure de la fissure olfactive.

Il existe de nombreuses voies artérielles collatérales dans la muqueuse des fosses nasales.

Les vaisseaux du parenchyme de la muqueuse, dont le volume est sujet à des oscillations considérables, sont disposés en tire-bouchons.

On peut distinguer 5 groupes de veines : 1° le plexus nasal antérieur, qui se dirige en avant vers l'orifice externe du nez ; 2° et 3° les veines ethmoïdales, qui montent vers le crâne et l'orbite; 4° des veines qui se dirigent en arrière vers le voile du palais; 5° des veines montant en arrière dans la fosse ptérygo-palatine. De gros troncs veineux confluent au pourtour du trou pyriforme et y forment un plexus d'où proviennent les racines des veines nasales antérieures profondes.

La face externe du nez est très riche en veines qui sont disposées sur trois couches superposées. Les veines ethmoïdales s'anastomosent dans la cavité crânienne, avec le réseau veineux de la dure-mère et avec le sinus longitudinal supérieur, et, en outre, par l'intermédiaire d'une veine qui traverse la lame ethmoïdale, avec le réseau veineux de la bandelette olfactive et avec une veine volumineuse du lobe orbitaire.

Les veines ethmoïdales, jointes à celles qui se dirigent vers le palais, vers la fosse ptérygo-palatine et aux veines du plexus lacrymal, constituent autant d'émissaires, assurant le retour du sang veineux.

Les corps caverneux qui se trouvent sur le cornet inférieur, sur le bord du cornet moyen ainsi qu'aux extrémités postérieures des 3 cornets, sont placés dans la muqueuse même. Ils présentent, comme le corps spongieux de la verge, une couche superficielle à mailles étroites, ou réseau cortical. et une couche profonde contenant de vastes lacunes. Mais le tissu trabéculaire des corps caverneux du nez se distingue essentiellement de celui du pénis. Le système des lacunes veineuses y est beaucoup moins développé et tout autour des orifices des veines se voit une couche musculaire. Les changements de volume du corps caverneux du nez sont sous la dépendance du ganglion sphéno-palatin.

Comme les corps caverneux n'existent que dans la portion respiratoire de la muqueuse nasale, Zuckerkandl pense qu'ils sont destinés à échauffer (Todd, Bowman) et à humecter (Voltolini) l'air inspiré par le nez.

Les veines se divisent, les superficielles dans le réseau cortical, les profondes dans le tissu spongieux.

Comparativement aux veines, les artères caverneuses sont étroite est peu nombreuses.

Les canaux des glandes possèdent un plexus capillaire serré. J. B.

Digitized by Google

Ueber das Rudiment einer septalen Nasendrüse beim Menschen (Sur le rudiment d'une glande de la cloison dans le nez de l'homme), par C. GEGENBAUER (*Morpholog. Jahrb., Band XI, Heft* 3).

La glande qui a été considérée chez l'homme comme un reliquat de l'organe de Jacobson ne possède pas cette signification. Cette assimilation ne saurait être faite pour les deux raisons suivantes : son conduit excréteur vient s'ouvrir au-dessus du plancher des fosses nasales, elle ne présente pas de rapports intimes avec le cartilage de Jacobson.

Contrairement à l'opinion de Kölliker, Gegenbauer admet qu'elle représente un autre organe, la glande de la cloison, qui acquiert chez certains animaux un développement considérable. ASSAKY.

Der Magensaft und die Histologie des Magenschleimhaut der Schweine (Du suc gastrique et de l'histologie de la muqueuse gastrique du porc), par ELLENBERGER et HOFMEISTER (*Arch. f. wiss. u. prakt. Thierheilk., XI, p.* 249).

Dans l'estomac du porc, la partie de la muqueuse qui ne contient pas de glandes présente les caractères extérieurs de la peau et se distingue complètement de la partie qui contient les glandes.

Cette dernière se divise en deux parties: la partie droite et la partie gauche.

La partie gauche, ou région cardiaque, contient des glandes épaisses et des follicules lymphatiques.

Dans la partie droite, qui contient les glandes caractéristiques, on remarque que chaque glande est tapissée à son intérieur par un revêtement continu de cellules rondes, qui limite la cavité de cette glande. En dehors de ce revêtement continu existent, isolées ou réunies par groupes, d'autres cellules qui soulèvent par places le revêtement précédent.

Quant à la région pylorique, on remarque une grande quantité de franges et des glandes plus longues que celles que nous venons d'étudier. Ces franges sont sinueuses et divisées en plusieurs culs-de-sac et ne contiennent pas de cellules périphériques.

Les secrétions des glandes de la région droite contiennent une plus grande quantité de mucine, d'acide et de ferment que les sécrétions des glandes de la partie pylorique.

Quant aux glandes de la partie gauche, elles donnent une sécrétion encore moins riche.

Les cellules de la périphérie, dans les glandes de la région droite, sécrètent l'acide, ainsi que l'a montré Heidenhain, tandis que les cellules formant le revêtement continu sécrètent la pepsine. Quant au ferment diastase du suc gastrique, il paraît être dû vraisemblablement à l'imbibition de la muqueuse par la salive avalée. Ce ferment a son siège de prédilection dans la région pylorique et jamais dans la région du cardia. LESAGE.

Ueber das Verhalten der Kerne in den Milchdrüsenzellen bei der Absonderung (Des noyaux de l'épithélium mammaire pendant la sécrétion), par F. NISSEN (*Arch. f. mikrosk. Anat., Band XXVI, Heft* 3).

Pendant la sécrétion mammaire, les noyaux des cellules glandulaires se

Digitized by Google

multiplient. Cette multiplication a lieu probablement par division directe. Le noyau interne se sépare de la cellule épithéliale génératrice en emportant autour de lui une certaine quantité de protoplasma. A peine est-il tombé dans la lumière de l'alvéole glandulaire, que le noyau se détruit et disparaît ; il en résulte que le liquide mammaire contient une certaine quantité de nucléine qui sert à la formation de la caséine.

Dans les glandes qui ne sécrètent que du colostrum et fort peu ou point du tout de caséine, les noyaux sont infiniment moins nombreux et ne se détruisent pas comme dans les glandes en lactation. On observe une disparition semblable des noyaux dans la granuleuse de l'ovaire du lapin. Flemming, qui a fait des observations analogues sur les cellules de la granuleuse des follicules de de Graaf, désigne cette disparition des noyaux sous le nom de chromatolyse. ASSAKY.

Note sur la moelle osseuse et le dispositif anatomique en rapport avec ses propriétés ostéogéniques connues, par J. RENAUT (*Gaz. méd. de Paris*, 9 *janvier* 1886).

Après avoir rappelé que la moelle rouge des os renferme trois ordres d'éléments anatomiques, les cellules de Bizzozero, des myéloplaxes et des ostéoblastes, éléments qui constituent la série ostéogénique, et la disposition spéciale de ses vaisseaux sanguins, telle que l'a décrite Morat, l'auteur indique de quelle façon elle se constitue au-dessous de la ligne d'érosion d'un cartilage de conjugaison, ce qui permet de déduire que ses éléments constitutifs sont formés dans les extrémités des vaisseaux médullaires de l'ossification.

En examinant un os en voie de croissance, entre les vaisseaux et les travées cartilagineuses, on voit se développer un tissu conjonctif jeune au sein duquel existent des cellules de la série ostéogénique; différentes modifications se produisent plus tard, et, lorsque la moelle a acquis sa constitution conjonctive vraie, il est facile de noter la disposition des ostéoblastes en rangées régulières, ainsi que celle des lamelles osseuses concentriquement au vaisseau médullaire, et prenant point d'appui sur des travées, formées de fibres minuscules de Sharpey et bordées d'osséine. L'os Havérien, comme l'os périostique, est donc constitué par des fibres de Sharpey, noyées dans l'osséine que les ostéoblastes vraisemblablement ont seuls formée.

Mais l'os ainsi construit par la moelle rouge ne présente aucune fixité ; à l'avenir elle va l'attaquer et le détruire, mais en même temps le réédifier, en se servant des fragments osseux qui subsistent et en se comportant, par rapport à la couche osseuse périostique, de telle manière qu'elle donne naissance à différents systèmes de Havers, dont les uns, par leur siège, méritent le nom de systèmes intermédiaires. Durant la période de croissance l'os est sans cesse remanié par la moelle qui édifie toujours un tissu osseux transitoire, qu'elle détruit après l'avoir formé ; puis, à un moment donné, cette série de construction et de destruction s'arrête, et l'agent de la formation du tissu osseux subit la transformation adipeuse, en devenant par suite inactif, à moins qu'une lésion inflammatoire ne lui impose de nouveau un travail accidentel. OZENNE.

Digitized by Google

Manuel d'embryologie humaine et comparée, par Ch. DEBIERRE (*In-12, Paris*, 1886).

Ce livre est un résumé clair et précis de nos connaissances actuelles en embryologie.

Après avoir passé en revue les premiers stades du développement que l'auteur divise en période ovogénique et période de fécondation, il aborde l'étude du développement embryonnaire proprement dit et fait à ce propos l'histoire du développement topographique et chronologique de l'embryon, suivie de l'histoire de l'évolution des organes, des systèmes et des tissus.

Loin d'être le résultat d'une compilation banale, ce livre, qui tient compte des travaux de la science française, est largement conçu, plein d'aperçus généraux relatifs à l'anatomie et à la zoologie philosophiques.

ASSAKY.

PHYSIOLOGIE.

Influenza di alcune applicazioni idroterapiche sulla circolazione cerebrale nell'uomo, par MUSSO et BERGESIO (*Rivista sper. di fren. e di med. leg., fasc.* 1, 1885).

Ce mémoire contient l'exposé d'une série de recherches entreprises sur un individu présentant une perte de substance de la boîte crânienne dans la région pariéto-occipitale, à la suite d'un traumatisme violent datant de neuf mois environ. Ces recherches ont eu pour but d'établir la manière dont agissent, sur la circulation du cerveau, diverses applications hydrothérapiques; elles ont été faites à l'aide de la méthode décrite et employée par Mosso dans un cas du même genre.

Dans le bain froid, pendant une première période de quelques minutes, les battements cardiaques se ralentissent, le sphygmogramme prend un plus grand développement et la distance augmente entre l'abcisse et le tracé de la courbe; on observe une augmentation rapide du volume du cerveau en rapport avec l'augmentation de l'afflux sanguin dépendant de l'accroissement de l'énergie cardiaque, et selon toute probabilité avec le ralentissement de la circulation veineuse en retour.

Dans la seconde période, qui a duré trente minutes environ dans les expériences, il y a ralentissement du pouls, augmentation croissante entre le tracé de la courbe et l'abcisse (augmentation de volume du cerveau) et décroissance considérable de l'amplitude des pulsations. Il y a augmentation de la pression veineuse intracrânienne, obstacle à la circulation artérielle, par conséquent, pléthore veineuse et anémie artérielle.

Le bain chaud général, pendant les trois ou quatre premières minutes, diminue la tonicité des vaisseaux du cerveau et augmente la congestion

Digitized by Google

veineuse; il y a une légère diminution dans la fréquence du pouls. Dans la période suivante, qui se prolonge pendant toute la durée du bain, la diminution de la tonicité des vaisseaux cérébraux persiste et à la congestion succède une anémie persistante avec augmentation de la fréquence des battements du cœur. Cette deuxième période persiste avec ses caractères quelque temps après le bain.

Le pédiluve chaud a une action moins intense et moins rapide, mais identique à celle du bain général chaud, avec les mêmes périodes caractérisées par les mêmes phénomènes.

En s'appuyant sur les expériences de Franck et sur les leurs, les deux auteurs admettent que la vessie de glace appliquée sur la tête ne modifie pas la circulation cérébrale : ils croient cependant que son action thérapeutique peut s'expliquer par le refroidissement de l'écorce cérébrale. Dix-sept tracés sont annexés à ce travail. F. BALZER.

Sulla fisiologia del grande hippocampo (De la physiologie du grand hippocampe), par FASOLA (*Riv. sper. di Fren. e di med. leg., fasc. IV*, 1886 *ou* 1885).

Il résulte des nombreuses expériences exécutées par l'auteur que la circonvolution du grand hippocampe, dépendance de l'écorce cérébrale, est en étroit rapport avec les fonctions de la vue, de l'ouïe et de l'olfaction; ce serait une de ces régions dans lesquelles, comme le dit Luciani, il y a convergence ou confusion partielle des divers centres sensoriels. Les fibres sensitives émanant des éléments du grand hippocampe et destinées à l'organe visuel subissent, comme celles qui dérivent de la sphère visuelle de l'écorce, une décussation partielle, de manière à avoir une distribution périphérique analogue dans le champ rétinien, avec prédominance du faisceau croisé sur le faisceau direct. De même les fibres auditives émanant de la substance du grand hippocampe subissent une décussation partielle, avec prédominance du faisceau croisé sur le faisceau direct. Il est probable que les fibres olfactives dérivant de la corne d'Ammon ne subissent pas l'entrecroisement, ou bien que celui-ci est tel que les fibres se répartissent également dans les deux côtés.

F. BALZER.

Ueber die oculo-pupillären Centren, par KATSCHANOWSKI (*Wien. med. Jahrb., p.* 445, 1885).

Dans le segment antérieur des circonvolutions antérieures du cerveau chez le chien, il existe un centre moteur dont l'excitation produit l'ouverture de la fente palpébrale, l'exophtalmie, la rotation du globe de l'œil, la dilatation de la pupille. L'excitation d'un centre influence à la fois les deux yeux.

Les mêmes effets sont produits par l'excitation de la tête du corps strié.

Ces centres moteurs déterminent la dilatation pupillaire par l'intermédiaire de fibres qui traversent la moelle allongée et atteignent le sympathique cervical. La section du sympathique cervical fait cesser la dilatation pupillaire du côté correspondant. La section de la moelle allongée la fait cesser des deux côtés à la fois.

Indépendamment de ces centres (écorce et corps strié), il existe des

Digitized by Google

centres dilatateurs de la pupille dans les tubercules quadrijumeaux postérieurs, d'où partent des fibres destinées comme les précédentes à la moelle allongée et au sympathique cervical. L. GALLIARD.

Rétrécissement réflexe de la pupille par la lumière, par M. BETCHEREW (*Archives slaves de biologie, I, fasc.* 2).

On sait que le réflexe qui donne lieu à la constriction pupillaire se fait par le trajet centripète et sensitif à la suite d'une vive impression lumineuse, par des fibres du nerf optique; l'impression est ainsi conduite au ganglion du moteur oculaire commun, point de départ du trajet centrifuge et moteur. Chez l'oiseau, le trijumeau est une autre voie centripète possible; car, à la suite d'un léger contact de la cornée, on observe, en même temps que l'occlusion réflexe des paupières, la constriction pupillaire.

Betcherew n'étudie que les conditions du premier circuit, et cherche à élucider le mode et le lieu de jonction des deux portions suivantes de l'arc réflexe, à savoir des fibres du nerf optique et du ganglion du moteur oculaire commun. Dans ce but, il a institué chez l'oiseau diverses expériences : 1° il a enlevé les tubercules bijumeaux et la partie adjacente des bandelettes optiques, et n'a rien observé quant au réflexe pupillaire (ce que dans un précédent travail il avait vu déjà chez le chien); 2° il a enlevé les tubercules bijumeaux en coupant les bandelettes le plus près possible du chiasma, et a noté, outre la cécité, la dilatation et l'immobilité pupillaires dans l'œil du côté opposé; 3° lésant avec une lancette les parois du troisième ventricule, il a constaté, outre une perturbation de l'équilibre et du nystagmus, l'atténuation de la réaction lumineuse; cependant le ganglion et le tronc moteur oculaire commun n'étaient pas lésés, car l'irritation de la cornée déterminait le réflexe pupillaire.

Il pense pouvoir conclure de ces faits :

1° Que les fibres du nerf optique, préposées à la contraction réflexe de la pupille chez les oiseaux, se séparent des fibres visuelles des bandelettes optiques avant leur arrivée aux tubercules bijumeaux;

2° Que ces fibres pénètrent ensuite par le côté interne des bandelettes dans la couche de substance grise pour se diriger, par cette voie, vers les ganglions moteurs de l'œil. A. NICOLAS.

Ueber den Einfluss der langen Ciliarnerven auf die Erweiterung der Pupille (Influence des nerfs ciliaires longs sur la dilatation de la pupille), par J. JEGOROW (*Archiv für Anatomie und Physiologie; Physiologische Abtheilung, n°* 149-179, 1886).

Jegorow rappelle que les physiologistes admettent deux catégories de nerfs dilatateurs de la pupille : 1° les uns proviennent de la moelle épinière (ils ont probablement leur origine réelle plus haut) et sortent par les racines antérieures des deux dernières paires cervicales et des deux premières dorsales, remontent par le cordon cervical du grand sympathique, traversent le ganglion supérieur du grand sympathique pour aboutir au ganglion de Gasser; 2° les autres existent déjà dans le tronc du trijumeau avant son entrée dans le ganglion de Gasser.

Digitized by Google

Les deux catégories de fibres dilatatrices sont ensuite contenues dans la branche ophtalmique de Willis. Leur trajet ultérieur est peu connu : Hensen, Voelckers et Fr. Franck, les seuls auteurs qui aient traité la question, ne l'ont pas résolue complètement. Jegorow a cherché à combler cette lacune de nos connaissances par des recherches anatomiques et physiologiques poursuivies sur un grand nombre de chiens et quelques chats. Il arrive à cette conclusion que tous les nerfs dilatateurs de la pupille pénétrent dans le globe oculaire par les nerfs ciliaires longs, c'est-à-dire sans passer par le ganglion ophtalmique. Chacun des nerfs ciliaires longs innerve une région limitée du dilatateur de l'iris. Aussi la section ou l'excitation d'une partie seulement de ces nerfs a pour conséquence une déformation irrégulière de la pupille; tandis que la section ou l'excitation simultanée de tous les nerfs ciliaires provoque le rétrécissement ou la dilatation régulière de la pupille.

D'autres expériences ont prouvé à Jegorow que la dilatation de la pupille par excitation directe ou réflexe des nerfs ciliaires longs ne dépend pas d'un changement de calibre des vaisseaux de l'iris. S'il pouvait rester quelque doute sur l'existence du muscle dilatateur de la pupille, ces expériences contribueraient à les lever. L. FREDERICQ.

Action chimique et sensibilité gustative, par E. GLEY et Ch. RICHET (*C. R. de la Soc. de Biologie*, 19 *décembre* 1885).

Les auteurs ont recherché les effets gustatifs des métaux ayant un poids atomique différent, mais possédant des propriétés chimiques voisines; ils ont choisi le groupe des métaux alcalins : lithium, sodium, potassium, rubidium, dont les poids atomiques sont dans les rapports de 7, 23, 39 et 85. Ils ont constaté que l'action physiologique des métaux alcalins est égale et qu'elle est proportionnelle, non au poids absolu, mais au poids moléculaire de leurs sels. L'action des substances sapides sur le goût serait donc un phénomène chimique, puisqu'elle s'exerce d'après les même lois que les actions chimiques. F. H.

Ueber Vasodilatatoren in den hinteren Rückenmarkswurzeln (Des vaso-dilatateurs des racines postèrieures de la moelle), par BONUZZI (*Wien. med. Jahrb. p.* 473, 1885).

L'auteur vérifie les expériences de Stricker, publiées en 1876. Il constate comme cet auteur l'existence de vaso-dilatateurs dans les racines postérieures du nerf sciatique et aussi (c'est la partie originale de ce travail) dans les racines sensitives du plexus brachial.

Pour réussir dans ces expériences, il faut pratiquer les excitations quelques jours après la section des racines. L. GALLIARD.

Effets de la résection des nerfs éjaculateurs chez le cobaye, par Ch. RÉMY (*C. R. de la Soc. de Biologie*, 7 *novembre* 1885).

Les animaux chez lesquels on a réséqué un segment des nerfs éjaculateurs manifestent la persistance de leurs appétits sexuels, mais ils ne peuvent avoir d'érection. On observe en même temps une dilatation considérable des canaux et réservoirs servant à l'éjaculation (tubes wébériens et canaux déférents). Les nerfs éjaculateurs n'ont aucune influence sur la production du sperme. F. H.

Digitized by Google

Zur Kenntniss der sensiblen Nerven und der Reflexapparate des Rückenmarkes (Contribution à la connaissance des nerfs sensitifs et des appareils réflexes de la moelle épinière), par K. HÄLLSTÉN (*Archiv f. Anat. u. Phys. Phys. Abth.*, *p.* 92-125, 1886).

Grützner et Heidenhain ont montré que tous les nerfs ne se comportent pas de la même façon vis-à-vis d'un même excitant, et qu'un même nerf peut réagir différemment d'après la nature de l'excitant auquel on le soumet. Hällstén a rencontré des faits analogues dans son étude des mouvements réflexes de la grenouille. Il inscrit au moyen du myographe les mouvements réflexes qui se produisent dans le gastrocnémien, lorsqu'on excite le nerf sciatique de l'autre patte. Hällstén ne conserve que le tronçon inférieur de la moelle épinière, il le coupe en travers au niveau de la troisième vertèbre. Il observe dans ces conditions des faits analogues à ceux que Grützner et Heidenhain ont signalés, c'est-à-dire cadrant mal avec la doctrine classique de l'énergie spécifique des nerfs et de l'identité d'action des différents genres d'excitants (doctrine de Johannes Müller et Helmholtz).

Ainsi les excitations mécaniques, même répétées, du sciatique, ne provoquent pas de mouvements réflexes. L'excitation par ouverture ou fermeture du courant constant n'en donne qu'exceptionnellement; la répétition des mêmes excitations n'est suivie d'aucun effet si l'on opère en hiver et n'est efficace qu'au printemps ou en été. L'excitation thermique agit assez facilement, mais ne provoque que des contractions réflexes peu énergiques. Par contre, les chocs d'induction sont très actifs et donnent de fortes contractions réflexes.

Chez la grenouille empoisonnée par la strychnine, les résultats ne sont plus les mêmes : ici les excitations mécaniques, la fermeture et la rupture du courant constant donnent facilement lieu à d'énergiques contractions réflexes; tandis que les excitations thermiques provoquent les mêmes contractions peu énergiques chez l'animal non empoisonné ou restent même sans effet.

Hällstén étudie ensuite dans les mêmes conditions (moelle coupée au niveau de la 3e vertèbre) l'action des mêmes excitants appliqués non sur le nerf sciatique, mais directement sur la peau de l'autre patte. Hällstén conserve le pied et la jambe intacts, mais enlève les parties molles de la cuisse, sauf le nerf sciatique.

L'application d'acide acétique dilué sur la peau de la patte provoque des réflexes d'importance très variable, parfois n'est suivie d'aucun effet; l'excitation mécanique, douloureuse ou non, donne des réflexes purs; la répétition d'une excitation mécanique peut n'être suivie d'aucun effet. Pas de réflexes par les excitants thermiques faibles ainsi que par l'action du courant constant. Le fer rouge et les chocs d'induction provoquent des réflexes.

Tous les excitants donnent naissance à des réflexes chez la grenouille strychninisée, sauf les excitants thermiques qui agissent comme chez la grenouille intacte.

Les résultats des expériences précédentes ne sont plus les mêmes si l'on conserve toute la moelle épinière, c'est-à-dire si l'on fait la section médullaire non au niveau de la 3e vertèbre, mais au niveau de la moelle

Digitized by Google

allongée. Les réflexes se produisent alors plus facilement et sont plus énergiques : ils se montrent, à la suite d'excitations mécaniques et thermiques, par la fermeture et la rupture du courant constant, etc., agissant soit sur le tronc du nerf sciatique, soit sur la peau. La propagation d'une excitation faible par voie réflexe se fait donc plus facilement d'une patte postérieure à l'autre en remontant par les parties supérieures de la moelle (centres réflexes situés au-dessus de la 3e vertèbre), que dans une direction tranversale, par les centres réflexes directs situés dans la partie inférieure de la moelle.

Hällstén a répété sur le plexus brachial des expériences calquées sur les précédentes. Ici aussi l'excitation réflexe se transmet plus facilement d'une patte à l'autre en parcourant la moelle en longueur, c'est-à-dire par l'intermédiaire des parties inférieures de la moelle, que si l'excitation ne trouve pour se propager que la voie transversale directe. Hällstén considère ces différents faits comme incompatibles avec la doctrine des énergies spécifiques des nerfs. (Voy. *R. S. M.*, XXVII, 18.) L. F.

Ueber das Zusammenwachsen der Nerven verschiedener Bestimmungen und verschiedener Functionen (Sur la fusion de nerfs ayant une destination ou une fonction différente), par A.-L. RAWA (*Archiv für Anat. u. Phys. Physiol. Abtheilung, p.* 296, 1886).

1° *Réunion de nerfs à destination différente.* Rawa a pratiqué chez plusieurs jeunes lapins, chats, chiens et porcs, la réunion du bout périphérique du nerf péronier avec le bout central du nerf tibial postérieur et *vice versa* la réunion du bout central du premier avec le bout périphérique du second. Ces nerfs ont la même fonction motrice (et sensitive), mais leur destination ou distribution périphérique est différente. Le nerf tibial postérieur est destiné surtout aux fléchisseurs; le nerf péronier, aux extenseurs de la patte.

Dans le cas où le bout central du nerf fléchisseur (tibial) se soude au bout périphérique du nerf extenseur (péronier), le fonctionnement des muscles extenseurs se rétablit au bout d'un certain temps (assez long); l'extension de la patte s'opère alors par l'intermédiaire du bout central du nerf fléchisseur et peut-être par l'intermédiaire des centres nerveux qui présidaient primitivement à la flexion.

De même le nerf extenseur (péronier) soudé au bout périphérique du fléchisseur peut innerver les muscles fléchisseurs.

Signalons les ulcères des pattes, observés par Rawa à la suite des sections des nerfs tibial postérieur et péronier.

2° *Réunion de nerfs à fonction différente.* Rawa a pratiqué chez plusieurs espèces animales la section de l'hypoglosse et du pneumogastrique d'un côté avec réunion du bout central de l'un des nerfs avec le bout périphérique de l'autre.

a) *Réunion du bout central du vague avec le bout périphérique de l'hypoglosse.* Le *vago-hypoglosse* (comme Rawa l'appelle) ainsi constitué préside au bout d'un certain temps aux mouvements de la langue qui était paralysée du côté de l'opération, immédiatement après celle-ci. Si l'on excite le vague opéré, on obtient des contractions dans les muscles de la langue. L'opération ayant ainsi réussi d'un côté, Rawa coupe alors l'hypoglosse de l'autre côté. On sait qu'à la suite de la section des deux

Digitized by Google

hypoglosses, la langue est paralysée complètement et que les animaux meurent de faim. Rien de semblable ne se produit ici, l'animal continue à vivre et à mouvoir la moitié de la langue innervée par le vago-hypoglosse. La surface de la moitié paralysée par section simple de l'hypoglosse montre au bout d'un certain temps des excoriations ulcéreuses.

b) Réunion du bout central de l'hypoglosse avec le bout périphérique du vague. La chèvre semble mieux supporter cette opération (pratiquée d'un côté seulement). Lorsque l'opération réussit, on peut, en excitant la portion d'hypoglosso-vague située au-dessus du point de soudure, obtenir le ralentissement ou l'arrêt du cœur. Le ralentissement réflexe du cœur peut également s'obtenir par l'intermédiaire de l'hypoglosso-vague. L'opération ayant réussi d'un côté, Rawa coupe dans une seconde opération (pratiquée longtemps après la première) le pneumogastrique de l'autre côté. Malheureusement aucun des animaux ne survécut à cette seconde opération, ce qui indique qu'à la suite de la première, toutes les fibres du premier pneumogastrique n'avaient pas repris leur fonction. L. F.

Ein mikrostroboskopischer Reizversuch (Une expérience microstroboscopique d'excitation), par Ernst von FLEISCHL (*Archiv für Physiologie und Anat. p.* 67-72, 1886).

Ernst von Fleisch envoie 50 à 80 excitations par seconde aux nerfs qui animent les muscles moteurs de l'aile d'un gros insecte (Hydrophile, Aeschna, Sauterelle). Il observe le muscle contracté au moyen d'un faible grossissement microscopique : entre l'oculaire et l'œil de l'observateur se trouve interposé un disque horizontal percé de trous et animé d'un mouvement rapide de rotation. L'emploi de ce disque stroboscopique permet d'affirmer que la contraction provoquée par 50 à 80 excitations par seconde n'est pas un tétanos, mais se compose de 50 à 80 secousses parfaitement distinctes. Chez certains insectes le nombre de contractions et de relâchements présentés par les muscles des ailes doit atteindre 100, 200, etc., par seconde. L. F.

Ueber den axialen Nervenstrom (Sur le courant nerveux axial), par Maurice MENDELSSOHN (*Arch. f. Anat. u. Phys. Phys. Abth., p.* 381, 1885, *et Bull. Soc. de Biol. de Paris*, 1885).

Du Bois-Reymond a trouvé sur les nerfs électriques de la torpille que le courant obtenu, en réunissant l'équateur à la surface de section périphérique du nerf, indique toujours une différence de tension électrique plus forte que celui que donne la surface de section centrale reliée à l'équateur. Si on relie les deux surfaces de section, on obtient un courant qui, dans le circuit métallique, va du bout central au bout périphérique, qui, dans le nerf, va de la section périphérique vers la section centrale, un courant à *direction ascendante*. Maurice Mendelssohn a retrouvé ce *courant nerveux axial* sur tous les nerfs qu'il a examinés. Le courant axial a toujours une *direction descendante* dans les nerfs purement centripètes, tels que les racines spinales postérieures, le nerf optique, l'olfactif. Le courant axial est *ascendant* dans les petits rameaux moteurs du sciatique du lapin, dans les nerfs électriques de la torpille et au moins

Digitized by Google

dans les trois quarts des cas pour les racines antérieures des nerfs spinaux. La direction du courant axial serait donc en relation intime avec la fonction physiologique des nerfs ; elle serait dirigée en sens inverse de la direction de l'innervation normale : *ascendante* dans les *nerfs centrifuges*, et *descendante* dans les nerfs *centripètes*.

L'inconstance relative de la direction du courant axial dans les racines antérieures provient, d'après Mendelssohn, de la présence de fibres centripètes (sensibilité récurrente) dans ces racines. L'auteur semble oublier ici que l'influx nerveux dans les fibres sensibles des racines antérieures suit la même direction (des cordons antéro-latéraux de la moelle vers le ganglion spinal) que dans les fibres motrices de ces racines.

Dans les nerfs périphériques tels que le sciatique, le mélange des fibres centrifuges et centripètes explique suffisamment l'inconstance de la direction du courant axial. Dans 70 0/0 des cas, le courant axial est descendant dans la partie inférieure du sciatique. Le même fait avait déjà été signalé par Du Bois-Reymond et retrouvé par L. Fredericq. L. F.

Studien über den Elektrotonus (Études sur l'électrotonus), par Ernst von FLEISCHL (*Archiv für Anatomie und Physiologie. Physiologische Abtheilung*, *p.* 490-518, 1885).

L'emploi de la boussole de Wildemann n'a pu jusqu'à présent nous renseigner sur les phénomènes d'électrotonus présentés par la portion *intrapolaire* (ou mieux *interpolaire*, von Fleischl) d'un nerf traversé par un courant constant. Une augmentation de la déviation de l'aimant de la boussole intercalée dans le circuit du courant qui produit l'électrotonus dénote une augmentation d'intensité de ce courant, sans que l'on puisse dire si cette augmentation dépend d'une diminution des résistances de la partie interpolaire ou de la production d'une nouvelle force électromotrice (électrotonus) dans cette partie interpolaire.

L'électromètre capillaire de Lippmann, qui mesure non l'intensité du courant électrique mais la valeur de la force électromotrice qui donne naissance au courant, peut, d'après von Fleischl, servir à résoudre la question proposée.

La pile thermo-électrique qui fournit le courant polarisant et le nerf placé sur les électrodes impolarisables sont reliés à l'électromètre capillaire au moyen de fils métalliques et de trois commutateurs de Pohl, disposés de manière que l'on puisse à volonté intercaler isolément dans le circuit de l'électromètre, soit celui de la pile thermo-électrique, soit celui du nerf ou tous deux à la fois, ou bien encore réunir les circuits de la pile et celui du nerf en dehors de l'électromètre.

Von Fleischl commence par intercaler successivement et isolément le circuit de la pile et celui du nerf dans celui de l'électromètre ; il mesure isolément la force électromotrice de la pile E et celle du nerf e ; puis il fait agir sur le nerf le courant de la pile, en réunissant leurs deux circuits à l'exclusion de l'électromètre. Quand le courant constant a traversé pendant quelque temps une certaine longueur du nerf, von Fleischl admet brusquement l'électromètre dans le circuit commun. L'électromètre indique alors une force électromotrice $= E + e$ (ou $E - e$ suivant la position du commutateur placé près du nerf), c'est-à-dire que le passage du courant

Digitized by Google

constant ne semble modifier en rien l'état électrique de la portion interpolaire.

Le travail de von Fleischl contient encore des considérations fort intéressantes tant théoriques que pratiques sur l'emploi de l'électromètre capillaire qu'il recommande chaudement aux physiologistes. L. FREDERICQ.

Transport des courants électriques par les artères cérébrales, par E. DUPUY (*C. R. de la Soc. de Biologie*, 28 *novembre* 1885).

Les excitations électriques appliquées sur les centres psychomoteurs et sensoriels du cerveau du chien et du singe sont portées, par les artères et les nerfs qui les accompagnent et qui se rencontrent en ces points, jusqu'à l'extrémité intracérébrale de ces organes. Le téléphone fournit des sons si les électrodes collectrices du courant dérivé sont appliquées sur le trajet d'une artère, à deux ou quatre centimètres du point excité, tandis qu'à deux ou même un millimètre, dans le territoire avoisinant, mais baigné par un autre système artériel, on n'obtient rien. D'après l'auteur, c'est par suite de ce transport des excitations corticales aux ganglions de la base que se produiraient les mouvements attribués à l'excitation de la substance corticale. F. H.

On the innervation of the bronchi (De l'innervation des bronches), par J. GRAHAM BROWN (*Edinb. med. journ., p.* 255, *septembre* 1885).

Conclusions du mémoire :

1° Sur l'animal curarisé, l'excitation d'*un* pneumogastrique non coupé, avec un courant induit, fait contracter les bronches des *deux* poumons;

2° La section d'un des vagues cause une dilatation marquée des bronches du poumon correspondant;

3° L'excitation du bout périphérique détermine une contraction bien plus accentuée que si la même excitation était appliquée sur le nerf sain;

4° L'excitation du bout central du nerf vague coupé (l'autre étant intact) donne lieu également à une contraction, mais moins puissante que l'excitation du bout périphérique;

5° Quand l'animal est éthérisé, l'excitation du bout central d'un nerf vague donne lieu à une dilatation des bronches. Même effet quand on stimule le nerf intact, l'autre étant coupé.

Les différences de diamètre ainsi obtenues varient du quart à la moitié. H. R.

Ueber den Einfluss des Rhythmus der Herzcontractionen (De l'influence du rythme des contractions cardiaques : 1° sur la quantité de sang que le cœur chasse durant une contraction; 2° sur la puissance du muscle cardiaque), par DOBROKLOUSKY (*Centralbl. f. d. med. Wissen.*, *n°* 4, *janvier* 1886).

1) Il se passe 25, 45, 60 minutes avant que le sang défibriné, et mélangé avec deux parties d'une solution à 0,7 0/0 de sel, étant en contact avec le cœur, on ait une relation constante entre le volume des contractions cardiaques et l'énergie du myocarde.

2) Les changements dans l'ampliation des contractions cardiaques, c'est-à-dire dans la quantité de sang qui est expulsée à chaque contrac-

Digitized by Google

tion, sont à peu près proportionnels aux changements dans le rythme des contractions, et cela, dans certaines limites que l'auteur n'a pu évaluer exactement.

3) Quoique la quantité de sang, écoulée à chaque systole, augmente dans le ralentissement du rythme et diminue dans l'accélération, on peut dire que ce rapport entre la quantité de sang qui s'écoule, et, soit le ralentissement, soit l'accélération, n'est point rigoureux. En effet, dans les deux cas, le cœur expulse dans le même laps de temps, progressivement, des quantités de sang de plus en plus petites.

4) L'énergie du muscle cardiaque diminue dans l'accélération du rythme et augmente au contraire dans le ralentissement.

5) Il semble y avoir un rapport inverse entre le changement du rythme des contractions et le changement de l'énergie du muscle cardiaque.

LESAGE.

Die Bestimmung der Stromgeschwindigkeit des Blutes; Photohämotachometer (Détermination de la vitesse du courant sanguin dans les vaisseaux au moyen d'un nouvel appareil, le photohémotachomètre), par Napoléon CYBULSKI (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXVII, p.* 383-394).

Cybulski détermine la vitesse du cours du sang au moyen d'un appareil basé sur le même principe que les tubes de Pitot. Un petit tube coudé à angle droit, en L, est intercalé dans le courant du liquide, c'est-à-dire entre les deux bouts d'une artère coupée en travers. Sur ce tube en L sont greffés latéralement deux tubes communiquant avec deux manomètres ; l'un de ces tubes manométriques est greffé au niveau du coude de L, de façon à ce que l'origine du tube manométrique soit sur le prolonment de la branche de L par laquelle le courant pénètre dans l'appareil. L'autre tube manométrique est greffé à angle droit au milieu de la branche droite de L par laquelle le courant sort de l'appareil. Le liquide s'élève à la même hauteur dans les deux manomètres, tant que le liquide est au repos ; dès que le courant s'établit, la colonne de liquide s'élève dans le premier manomètre plus haut que dans le second. Il y a une relation étroite entre la vitesse du courant et la différence de niveau des deux manomètres. Pour diminuer l'amplitude des excursions des colonnes du liquide, les manomètres ne s'ouvrent pas à l'air libre : ils sont fermés supérieurement, mais communiquent l'un avec l'autre par en haut. Avant toute expérience, l'appareil doit être gradué empiriquement.

Cybulski obtient une représentation graphique des variations de niveau dans les deux tubes manométriques, en photographiant simultanément l'ombre projetée par les deux colonnes de liquide en mouvement sur une même feuille de papier sensible au gélatinobromure, animée d'un mouvement de translation rapide et uniforme. Nous renvoyons au mémoire original pour la description détaillée de l'appareil. On y trouvera également quelques fac-similés des *photogrammes* obtenus par l'application du *photohémotachomètre* aux artères du chien. Les résultats sont analogues à ceux obtenus par l'hémodromographe de Chauveau et Lortet, appareil que Cybulski semble ne pas connaître.

Un autre travail exécuté comme le précédent au laboratoire du professeur Tarchanoff de Saint-Pétersbourg, et publié dans la même livraison

Digitized by Google

des *Archiv für die ges. Physiologie*, décrit également un appareil photographique destiné à fixer sur le papier sensible les vibrations des cordes vocales d'un larynx artificiel. (Travail de N.-P. Simanowski.)

LÉON FREDERICQ.

Étude dynamométrique du cœur dans les affections cardiaques, par BLOCH (*C. R. de la Soc. de Biologie, 7 novembre* 1885).

Cette étude est fondée sur l'examen du retard du pouls et sur un artifice qui permet de faire une sorte d'épreuve dynamométrique du cœur. On prend le retard de la radiale sur la carotide avec le bras pendant, puis le retard de la même radiale avec le bras élevé au-dessus de la tête; toujours dans ce dernier cas le retard est plus grand que lorsque le bras est abaissé. L'ondée sanguine, quand le bras est levé, éprouve une certaine difficulté à franchir, de bas en haut, toute la longueur du bras, tandis que la pesanteur vient en aide au cours du sang lorsque le bras est pendant. Le retard augmente d'autant plus que le cœur est plus profondement altéré.

Chez les sujets normaux le retard est à peine plus grand pour le bras élevé que pour le bras abaissé; mais, dans les lésions cardiaques de toutes sortes, l'auteur a constaté que le retard pour le bras élevé montait à 2, 3, 4, jusqu'à 6 centièmes de seconde, au-dessus du retard observé avec le bras pendant.

F. H.

Ueber das Wesen der Blutgerinnung (Sur la nature de la coagulation du sang), par C. HOLZMANN (*Archiv für Anatomie und Physiologie. Physiologische Abtheilung, p.* 211-239, 1885).

Holzmann a répété quelques-unes des expériences sur la coagulation du sang, qui sont devenues classiques à la suite des recherches d'Alexandre Schmidt, Hammarsten, etc. Il arrive en général à des résultats connus. Il a préparé le fibrinogène d'après la méthode d'Hammarsten légèrement modifiée, il a constaté que les solutions aqueuses de fibrinogène ne se coagulent pas spontanément.

Pour obtenir la coagulation il faut ajouter le ferment de la fibrine ou un liquide contenant ce ferment. Dans la putréfaction de l'albumine il se produit du ferment de la fibrine. Un courant d'oxygène coagule les solutions de fibrinogène. Holzmann vérifie encore une fois le fait déjà signalé que, dans une saignée copieuse, les dernières portions du sang se coagulent alors que les premières sont encore liquides.

Le sang veineux se coagule moins vite que le sang artériel. La coagulation est ralentie par l'état asphyxique de l'animal, par CO^2, par le curare, l'hydrate de choral, le chloroforme, le chlorhydrate de quinine et le carbonate de sodium.

L. FREDERICQ.

Ueber den Einfluss der Muskelcontraction der Hinterextremität auf ihre Blutcirculation (Sur l'influence que la contraction des muscles de l'extrémité inférieure exerce sur la circulation locale du membre), par HUMILEWSKI (*Archiv für Anat. u. Physiologie, p.* 126-148, 1886).

Le plupart des auteurs admettent que les nerfs sciatiques et cruraux contiennent des fibres nerveuses destinées aux vaisseaux et que le

Digitized by Google

calibre de ces derniers peut être directement influencé par l'excitation artificielle du bout périphérique coupé de ces nerfs. Dogiel, Szelkow, Sadler, Hafiz et Genersich admettent au contraire que la vasodilatation ou la vasoconstriction obtenue par excitation du bout périphérique du sciatique ou du crural est produite indirectement, et dépend soit de l'action mécanique exercée par la contraction des muscles de la patte, soit des changements dans la composition gazeuse du sang.

G. Humilewski a repris ces expériences chez le chien. Il inscrit la pression sanguine tant dans l'artère que dans la veine crurale. Il constate que la pression monte *immédiatement* et *brusquement* dans les deux vaisseaux quand on excite électriquement le bout périphérique du sciatique ou du crural. L'augmentation de la pression la plus forte se montre lors de l'excitation du sciatique. Si l'on se borne à n'exciter qne quelques branches nerveuses du sciatique, la hausse de pression est moins marquée : elle est d'une façon générale proportionnée au nombre et à l'importance des muscles qui se contractent. Elle cesse en même temps que la contraction des muscles. La section préalable du tendon d'Achille diminue l'effet de l'excitation du sciatique sur la pression.

Pour éliminer l'influence des contractions musculaires tout en laissant subsister celle des nerfs vasculaires, Humilewski répète les mêmes expériences sur des animaux curarisés. L'excitation du bout périphérique des deux nerfs reste sans effet dans ce cas. L'absence de changement dans la pression sanguine n'est pas due ici à une paralysie des nerfs vasculaires produite par le curare. Ces nerfs résistent à l'empoisonnement : en effet, chez l'animal curarisé, l'excitation du bout central du crural ou du sciatique provoque par voie réflexe une hausse considérable de la pression. Elle présente dans ce cas tous les caractères d'une hausse provoquée par l'intermédiaire des nerfs vasculaires : elle s'établit graduellement, se maintient pendant la durée de l'excitation et disparaît aussi graduellement lorsque l'excitation a cessé.

L'examen microscopique de la circulation dans la membrane natatoire de la grenouille conduisit aux mêmes résultats. Les changements circulatoires qui suivent l'excitation du sciatique disparaissent quand l'animal a été curarisé au préalable. Dans ce cas, l'excitation du bout périphérique du nerf est sans effet ; l'excitation de son bout central provoque par voie réflexe l'accélération ou le ralentissement du courant sanguin dans les vaisseaux de la patte.

Mêmes conclusions pour les expériences dans lesquelles la vitesse du courant sanguin fut mesurée dans l'artère crurale au moyen du compteur de Ludwig et Dogiel. Ralentissement du courant sanguin par excitation du crural et du sciatique chez les animaux non empoisonnés : aucun effet chez les animaux curarisés.

Mêmes résultats aussi dans les expériences où le débit sanguin des veines du membre était mesuré directement.

Humilewski en conclut que les changements dans la circulation des vaisseaux de la patte qui suivent l'excitation du bout périphérique du sciatique et du crural ou de leurs branches ne sont pas dus à une action directe sur les nerfs des vaisseaux. L'excitation de ces nerfs produit un ralentissement de la circulation par suite de la compression mécanique des vaisseaux, qui est due à la contraction des muscles striés de

Digitized by Google

la patte. Rien n'autorise donc à admettre des nerfs vasculaires dans le trou du sciatique et du crural. Il est probable que les nerfs vasculaires suivent un autre trajet. LÉON FREDERICQ.

Die Aichung des Blutstromes in der Aorta des Hundes (Le jaugeage du débit de sang dans l'aorte du chien), par STOLNIKOW (*Archiv f. Anat u. Physiol. phys. Abtheilung, p.* 1-66, 1886).

Stolnikow oblitère l'aorte descendante par une sonde spéciale introduite par l'axillaire gauche; il lie les carotides, l'axillaire gauche et les branches des deux axillaires. L'axillaire droite, seule voie par laquelle l'ondée sanguine du ventricule gauche peut s'échapper, est mise en communication avec un *compteur* composé de deux vases gradués A et B. Chacun des vases gradués A et B, est mis en communication alternativement avec l'axillaire droite et avec la jugulaire droite.

Pendant que l'artère remplit le vase A, le vase B se vide dans la veine, puis le vase A se vide dans la veine et le vase B se remplit par l'artère, et ainsi de suite. Les quantités de sang qui entrent dans les vases ou qui en sortent s'enregistrent automatiquement au moyen de flotteurs écrivant sur le papier sans fin du kymographe.

Stolnikow admet que la portion de l'appareil circulatoire à travers laquelle le sang peut continuer à se mouvoir ne se compose plus que du cœur et de ses vaisseaux coronaires, des vaisseaux pulmonaires et de la crosse de l'aorte.

Stolnikow a étudié dans ces conditions les différentes causes qui peuvent influencer le débit du ventricule gauche. L'influence du nombre des pulsations est peu marquée : cependant l'accélération des battements en général, le courant sanguin dans l'aorte, accroît le ralentissement des pulsations ayant un effet inverse. Il faut noter qu'une excitation de courte durée du bout périphérique du pneumogastrique coupé, suffisamment faible pour influencer à peine le nombre des battements du cœur, peut être suivie d'un accélération marquée du courant sanguin. Le courant sanguin de l'aorte présente d'ailleurs de grandes irrégularités : on observe fréquemment des variations périodiques de son intensité.

En ce qui concerne l'influence du tonus vasculaire, Stolnikow a constaté que l'excitation électrique de la moelle au niveau du second arc vertébral (les pneumogastriques étant coupés) produit une accélération très marquée du courant sanguin de l'aorte. Il s'agit sans doute d'une action vasomotrice s'exerçant sur les petits vaisseaux du corps et exprimant leur sang dans la direction du cœur par la voie des veines caves restées en communication avec l'oreillette droite. L'oblitération de la veine cave inférieure par une sonde à ampoule glissée jusque dans le voisinage du cœur par une ouverture de la veine crurale supprime l'accélération du courant pendant l'excitation de la moelle. Toutes les influences qui diminuent l'afflux du sang vers la poitrine pendant l'excitation de la moelle ont également une tendance à diminuer l'accélération en question.

L'excitation du nerf crural (excitation douloureuse) provoque une accélération tant que les pneumogastriques sont intacts. Le nombre des battements cardiaques ne varie d'ailleurs pas. Après la section des pneumogastriques, l'excitation du crural fournit un résultat tout à fait inattendu.

Digitized by Google

L'accélération ne se montre plus; il y a plutôt une légère diminution du courant.

Chez l'animal curarisé, à pneumogastriques coupés, la cessation de la respiration rend le sang fortement veineux. Il y a dans ce cas une augmentation considérable de la vitesse du courant sanguin, probablement par suite d'une action vasodilatatrice exercée localement sur les vaisseaux du poumon par le sang asphyxique.

La diminution du tonus général des vaisseaux par injection de peptone dans le sang ralentit considérablement le cours du sang dans l'aorte. La section transversale du système nerveux central pratiquée derrière les tubercules quadrijumeaux paraît avoir une action analogue.

L'augmentation ou la diminution de la masse du sang de l'animal (sang non défibriné emprunté à un autre animal) augmente ou diminue légèrement le débit du ventricule gauche. Les effets sont souvent passagers et peuvent ne plus se montrer quand on répète plusieurs fois de suite les expériences de saignée et de transfusion.

La valeur de chaque ondée ventriculaire peut varier dans des limites assez larges. Elle est augmentée quand l'afflux sanguin vers le cœur droit augmente : elle peut doubler et même quadrupler pendant l'excitation de la moelle. Le ralentissement des battements du cœur a également pour effet de rendre chaque ondée plus copieuse. L'excitation du pneumogastrique produit cet effet, alors même qu'elle est trop faible pour ralentir le rythme des battements cardiaques.

Stolnikow termine cet intéressant travail par un tableau dans lequel il donne le volume intérieur du ventricule gauche mesuré après la mort sur chacun de ses sujets d'expériences, ainsi que le volume des plus fortes ondées et des plus faibles ondées observées pendant la vie chez les mêmes animaux. Les dernières valeurs peuvent dépasser notablement la capacité du ventricule mesuré après la mort. Un autre résultat assez surprenant c'est qu'il n'y a pas de rapport marqué entre la taille des chiens, la capacité de leur ventricule gauche et le volume maximum des ondées mesurées. Le maximum du volume de l'ondée ventriculaire, 57 centimètres cubes, se rencontre à la fois chez le plus petit des chiens opérés (13 kilog.) et chez l'un des plus grands (22 kilog.). La plus forte ondée fournie par le plus grand chien (28 kilog.) n'atteint que 29 centimètres cubes. L. FREDERICQ.

Apparat zur künstlichen Athmung (Appareil pour la respiration artificielle), par J. ROSENTHAL (*Archiv für Anatomie und Physiologie. Physiologische Abtheilung, p.* 400, 1885).

Une canule en Y fixée dans la trachée est mise alternativement en rapport avec l'atmosphère (inspiration) et avec un espace où l'air est raréfié par l'action aspiratrice d'une trompe à eau (expiration). Le jeu des soupapes nécessaire au fonctionnement de l'appareil est assuré par les mouvements oscillatoires d'un lourd pendule : ces derniers sont entretenus par l'action aspiratrice de la trompe à eau. Nous renvoyons à l'original pour la description des détails de l'appareil que nous ne pourrions guère tenter sans figures. L. F.

Digitized by Google

Ueber Apnoe bei Kaltblütern und neugeborenen Säugethieren (Sur l'apnée chez les animaux à sang froid et les mammifères nouveau-nés), par Hans ARONSON (*Archiv für Anatomie und Physiologie. Physiologische Abtheilung*, 1885).

Aronson ne parvient pas à produire l'apnée chez la grenouille et chez la tortue grecque par le procédé de la respiration artificielle pratiqué énergiquement. La raison de cet insuccès doit probablement être cherchée dans les dispositions anatomiques de l'appareil circulatoire de ces animaux. Le sang artériel, saturé d'oxygène par la ventilation artificielle du poumon, se mélange toujours à du sang veineux qui n'a pas traversé le poumon : le sang que les centres nerveux reçoivent n'est jamais saturé d'oxygène.

L'impossibilité ou la difficulté que l'on éprouve à produire l'apnée chez les mammifères nouveau-nés ou fort jeunes dépend aussi probablement du mélange de sang artériel et de sang veineux qui se produit au niveau du trou ovale et du conduit de Botal. L. F.

Sur le temps perdu de la contraction musculaire, par R. TIGERSTEDT (*Nord. med. Ark.*, *t. XVII*, *n°* 12).

Lorsque, sans l'intermédiaire des branches nerveuses intramusculaires, on porte un muscle à son irritation maximum par des courants d'induction d'ouverture, la période latente de la contraction est indépendante de la force du courant. Il se montre parfois à des distances plus grandes entre les bobines, des contractions maxima avec une période latente plus considérable. La raison de ce phénomène résiderait dans le fait que la contraction maximum n'a pu être provoquée que par l'intermédiaire des branches nerveuses intramusculaires. En ce cas, la période latente totale s'augmente de la période latente propre des appareils terminaux nerveux. C. GIRAUDEAU.

Influence de la quantité d'eau ingérée sur la nutrition, par DEBOVE (*Soc. méd. des hôpitaux*, 23 *décembre* 1885).

Debove choisit une hystérique hypnotisable et suggestionnable, lui fait ingérer une quantité fixe d'aliments et de boissons, lui impose le repos et fait conserver ses urines. Pendant les quinze premiers jours, du 6 au 22 juillet, cette femme ingère 100 grammes de viande avec 600 de pain, 1 litre de tisane; le poids varie de 57 kilogrammes à 56^{kg},900, la quantité d'urine de 560 à 960, la densité de 1,019 à 1,027, la quantité d'urée de 17,12 à 28,69. Du 22 juillet au 22 août la malade absorbe 4 litres de tisane, puis elle revient à sa ration antérieure. Pendant ce mois le poids a été en général de 200 à 500 grammes au-dessus de 57 kilos, la quantité d'urine a varié de 2,910 grammes à 3,700 grammes; la densité de 1,002 à 1,005, la quantité d'urée de 18 à 28 grammes.

Debove conclut que la quantité d'eau ingérée n'a aucune influence sur l'engraissement des sujets, ni sur l'excrétion de l'urée. Cette opinion d'ailleurs est vivement contestée par d'autres membres de la Société.

H. L.

Digitized by Google

Zur Magenverdauung (De la digestion stomacale), par ELLENBERGER et HOFMEISTER (*Fortschritte der Medicin*, *n°* 18, 1885).

Les expériences des auteurs ont été faites sur des chevaux et sur des porcs. Les premiers, après jeûne préalable, ont été nourris avec de l'avoine et tués à diverses périodes après le repas; le contenu de l'estomac, aussitôt recueilli, a été analysé au point de vue de sa contenance en acide, sucre et peptone. Ils ont ainsi constaté que les acides, représentés surtout par de l'acide lactique et des traces d'acide chlorhydrique, se trouvent en fort petite quantité au début de la digestion (0,08 0/0), puis qu'ils augmentent et vers la 4e heure atteignent la proportion et même au delà de 0,2 0/0. Le sucre, en très petite quantité au début, atteint son maximum dans la 2e et 3e heure qui suit le repas, puis il diminue, tandis que les peptones sont surtout abondantes au moment où le contenu stomacal est très pauvre en sucre, c'est-à-dire quatre heures et au delà après que l'animal a mangé. Il y a donc dans la digestion du cheval deux périodes principales : la période amylolytique, qui précède la période protéolytique, celle-ci ne commençant que vers la 4e heure de la digestion, lorsque la première est déjà terminée.

La même succession de phénomènes se retrouve chez les omnivores, chez le porc, par exemple ; ainsi l'estomac d'un porc, sacrifié une heure après le repas, présentait le stade de la digestion amylolytique dans toute son étendue, tandis que celui d'un même animal, tué deux heures après le repas, démontrait, que dans la région du cardia existait encore le stade amylolytique et dans la région pylorique le stade protéolytique. Il est certain qu'on ne peut conclure encore et qu'il doit exister bien des variétés pour la durée de ces phénomènes chez les carnivores ; ainsi, il est évident que chez l'homme la durée du stade amylolytique doit être moins considérable que chez les herbivores, de beaucoup moins grandes quantités de liquide salivaire pénétrant dans l'estomac avec les aliments.

Quoi qu'il en soit, disent les auteurs, si l'on veut administrer une préparation d'acide chlorhydrique à un malade, c'est quelque temps après le repas qu'il faudra le faire, et cela plus tôt ou plus tard suivant que l'alimentation sera surtout animale ou surtout végétale. W. ŒTTINGER.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Recherches sur la parasitologie du sang, par B. DANILEWSKY. — Les hématozoaires des lézards, par DANILEWSKY et A. CHALACHNIKOW (*Arch. slaves de biologie*, *I*, *fasc.* 2).

Les parasites du sang chez les animaux vertébrés sont bien plus fréquents qu'on ne le supposait il y a peu de temps, et cela non seulement chez les espèces à sang froid, mais encore chez celles à sang chaud. Il n'est question ici ni des microbes, ni des vers du sang, mais seulement des grégarinides.

Digitized by Google

Examinant le sang de lézards (Lacerta viridis et agilis) des environs de Karkow, qui paraissaient en plein état de santé, l'auteur fut frappé de l'aspect anormal que présentaient un grand nombre de globules sanguins. Dans l'intérieur de ces globules se trouvaient des parasites (Haemocytozoa), intracellulaires par conséquent, qui de toute évidence étaient la cause de la dégénérescence des hématies. On pouvait ainsi observer de ces parasites à l'état libre, vivant dans le plasma sanguin. On peut donc, tout au moins pour la commodité et la description, proposer ce groupement :

1° Parasites intracellulaires. Ce sont : 1° des hémocytozoaires immobiles et grands, avec noyau et grains graisseux dans leur intérieur, limités par une sorte de cuticule que l'eau bromée peut détacher et que les couleurs d'aniline peuvent colorer ; ils vivent dans des globules de sang hypertrophiés, déformés, dégénérés par leur présence ; 2° des hémocytozoaires petits et mobiles ; leurs mouvements consistent en une flexion arciforme et un redressement consécutif (caractère du mouvement des Nématodes) ; il y a aussi rotation sur l'axe ; enfin, on observe à la surface du parasite des plissements dus à sa contraction ; 3° des hémocytozoaires en forme de massue, à noyau, à grains disposés en une rangée, et contenant une bande axiale de substance granuleuse.

2° Parasites libres. Ils sont plus rares que les précédents, possèdent des mouvements, pendant lesquels se produisent des étranglements successifs de leur corps ; à ce point de vue ils se rapprochent des grégarines. Ces hémocytozoaires sont : 1° les uns petits et elliptiques, plus ou moins arqués ; 2° les autres en forme de massue et plus grands.

Ce ne sont pas là des formes zoologiques indépendantes : car on trouve simultanément ces types dans le sang d'un même individu ; et il y a des formes « intermédiaires transitoires ». Leur mode de développement et de pénétration dans le sang est mal connu et Danilewsky n'a que des suppositions à cet égard ; il est tenté de penser qu'ils pénètrent dans le globule rouge ou le leucocyte hématoblaste sous une forme amiboïde, comme E. van Beneden l'a observé pour le Porospora gigantea ; cette forme se change ensuite en pseudo-filaire grégarinaire, comme Danilewsky l'a constaté pour le Porospora.

De ces faits il résulte que la place zoologique des hématozoaires du lézard se trouve parmi les grégarinides, à côté des Hemogregarina testudinis de l'auteur et du Drepanidium ranarum de Lankaster, et que malgré des apparences de ressemblance, on ne doit pas voir en eux des embryons de Nématodes. A. NICOLAS.

Un cas de fissure cérébrale, par ROUSSEAU (*Encéphale*, *p.* 29, 1886).

Henriette G., épileptique, lypémaniaque, avait fait sur la tête, trois jours après sa naissance, une chute qui avait déterminé des convulsions et une hémiplégie droite. A 7 ans, elle eut une fièvre typhoïde, qui marqua le début des convulsions épiletiques. L'hémiplégie droite persista et se compliqua de contractures. La malade mourut dans le marasme, vingt-six ans après son entrée dans l'asile. A l'autopsie on constata que l'hémisphère droit pesait 515 grammes et le gauche seulement 385. L'encéphale en totalité pesait 1,080 grammes. A la surface externe de l'hémisphère gauche, on aperçut, après l'avoir dépouillé de ses membranes, une fissure rectiligne de 10 centimètres de long

Digitized by Google

et qui s'étendait depuis le centre à peu près de la circonvolution frontale ascendante jusqu'à 4 centimètres de l'extrémité du lobe postérieur. Cette solution de continuité se présentait sous la forme d'une fente d'environ 5 centimètres de profondeur; ses lèvres étaient accolées l'une à l'autre, et n'étaient pas tapissées par la pie-mère. Rousseau penche à croire qu'elle était accidentelle, de nature traumatique, et produite par la chute de l'enfant sur la tête.

DESCOURTIS.

A case in which an old amputation of the left upper arm was associated with an atrophied right ascending parietal convolution (Cas dans lequel une ancienne amputation du bras gauche était associée à une atrophie de la circonvolution pariétale ascendante droite), par Joseph WIGLESWORTH (*Journal of mental sc., p.* 50, *avril* 1886).

Femme épileptique, qui mourut à l'âge de 56 ans, à l'asile de Rainhill, et qui, à la suite d'un accident, avait subi l'amputation du bras droit, dont il ne restait plus qu'un moignon. L'opération avait été pratiquée à l'âge de 4 ans, de sorte que pendant cinquante-deux ans la malade avait été privée de la presque totalité de son membre supérieur gauche. A l'autopsie, on trouva les circonvolutions frontales ascendantes gauche et droite également développées. Quant à la pariétale ascendante droite, elle était notablement moins grosse que celle du côté gauche. Sur une longueur d'environ 2 centimètres (en prenant pour point de départ la scissure interhémisphérique), les circonvolutions étaient à peu près aussi développées d'un côté que de l'autre, mais dans les 5 centimètres suivants la circonvolution droite n'était que moitié aussi grosse que la circonvolution gauche. Elles ne redevenaient égales qu'au niveau de leur terminaison. — Ce fait est en rapport avec ceux qui ont été signalés par d'autres auteurs, en particulier par Gowers, Bastian et Horsley, d'accord aussi avec les recherches expérimentales de Ferrier. DESCOURTIS.

Ein Fall von Lipombildung der Rückenmarkshäute (Un cas de lipomatose des méninges spinales), par BRAVBACH (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr., Band XV, Heft* 2, *p.* 489).

Le sujet de l'observation, une jeune fille de cinq ans, était, depuis l'âge de deux ans, atteinte d'une paralysie du membre supérieur droit et des deux membres inférieurs, avec douleurs dans ces mêmes parties et le long du dos. La paralysie avait été précédée, à quelques mois de distance, de crampes dans les muscles du dos et des membres, de cyanose et de dyspnée. Les muscles paralysés se sont atrophiés peu à peu. Deux mois environ après le début de la paralysie, celle-ci s'est compliquée de contracture. Emoussement de la sensibilité au niveau des membres paralysés. L'enfant a succombé à la phtisie pulmonaire quelques jours après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. A l'ouverture du canal rachidien, on découvre une tumeur fusiforme, logée dans le sac formé par la dure-mère, longue de 12 centimètres, mesurant 3 centimètres dans le sens antéro-postérieur et 2 centimètres dans le sens transversal. Son extrémité inférieure remontait jusqu'à la pointe du calamus scriptorius; son extrémité supérieure descendait jusque vers l'émergence des quatrième et cinquième paires dorsales. Au-devant de la tumeur, la moelle était aplatie en forme de ruban et ramollie; aplatissement des racines nerveuses à leur origine ; toutefois, un petit nombre seulement de filets nerveux étaient dégénérés. Avec cela dégénérescence descendante des faisceaux pyramidaux latéraux.

L'examen microscopique démontra qu'il s'agissait d'un lipome. Le néoplasme tirait son origine du tissu de l'arachnoïde et de la pie-mère.

E. RICKLIN.

Digitized by Google

On the pathological histology of the semilunar and superior cervical sympathetic ganglia, par Hale WHITE (*Medico-chir. Trans*, *LXVIII*, *p.* 221).

L'auteur a examiné histologiquement, sur 150 sujets, les ganglions sympathiques cervicaux. Voici le résultat de ses recherches :

Les dimensions des ganglions sont susceptibles de très nombreuses variétés physiologiques et ce signe n'a aucune valeur. Il en est de même de leur vascularisation, qui présente de grandes différences, en dehors de tout état morbide.

L'œdème des ganglions, que Giovanni considère comme une lésion fréquente, est difficile à démontrer, et tient peut-être aux réactifs employés. L'accumulation de graisse ne se voit jamais autour du ganglion cervical supérieur; assez souvent autour du semilunaire. L'auteur n'a jamais rencontré d'adhérences des ganglions aux parties voisines.

L'examen histologique des cellules ganglionnaires les montre rarement atteintes, même dans des affections comme la maladie de Bright, où l'on avait cru trouver des lésions du sympathique (Saundby). En général, dans les maladies consomptives (phtisie, diabète), elles sont diminuées de volume.

La dégénération la plus fréquente, sinon la plus importante, est la pigmentation; mais l'auteur l'a constatée sur des sujets atteints de maladies si différentes, qu'il est difficile de tirer aucune conclusion relativement à la pathogénie de ces maladies. L'auteur a quelquefois observé des proliférations interstitielles du tissu conjonctif, et un épaississement des vaisseaux capillaires dont les noyaux sont multipliés. Ces lésions se rencontrent de préférence dans la maladie de Bright ; quant à l'inflammation aiguë des ganglions, avec diapédèse de jeunes éléments cellulaires, c'est dans le diabète et le purpura hémorragique qu'on la voit le plus souvent. En résumé, ces patientes recherches ne permettent de tirer aucune conclusion nette au point de vue de l'influence de la lésion ganglionnaire sur les maladies. H. R.

Alcune alterazioni istologiche del sistema nervoso centrale (De quelques altérations histologiques du système nerveux central), par VINCENZI (*Rivista sper. di fren. e di med. leg.*, *fasc. II-III*, 1885).

L'auteur signale d'abord des altérations des cellules de la névroglie dans les cas d'obstacle à la circulation sanguine ; il a vu dans ce cas des globules rouges extravasés pénétrant dans l'épaisseur des cellules de la névroglie ou de leurs prolongements. Parmi les troubles de la nutrition des cellules nerveuses, il mentionne la dégénération calcaire des cellules nerveuses, la sclérose des cellules de la névroglie et des cellules nerveuses, l'atrophie pigmentaire des cellules nerveuses, la formation des globes de Leber dans les cellules nerveuses. Ces globes réfringents, ne présentant pas les réactions de la matière amyloïde, ne se colorent pas par l'acide osmique. Ils sont placés sur les parties latérales des fibres nerveuses qui leur forment quelquefois une sorte de capsule. L'auteur croit que ces globes sont formés par une sorte de hernie de substance cellulaire, hernie qui resterait adhérente à la cellule et maintenue par une fine membrane d'enveloppe de la cellule.

Digitized by Google

L'auteur a figuré dans une planche les diverses altérations qu'il décrit. E. BALZER.

De la sclérose généralisée et du rôle de l'artério-sclérose, par ISNARD (*Archives de médecine, février* 1886).

Divers états (arthritisme, goutte, rhumatisme, alcoolisme, impaludisme, saturnisme, sénilité) produisent une altération du sang, une dyscrasie qui se fait sentir sur le système cardio-vasculaire et y détermine une endo-périartérite avec tendance à la généralisation et à l'envahissement des petits vaisseaux.

L'artério-sclérose généralisée est constante dans le processus scléreux. Le processus débute, dans la plupart des cas, par la tunique interne des artères et s'étend de là à la tunique externe. La tunique moyenne est intéressée (Kelsch, Balzer, Duplaix).

Les veines et les lymphatiques subissent les mêmes altérations.

L'artério-sclérose généralisée est primitive et commande le processus scléreux. L'endo-périartérite primitive fournit les cellules embryonnaires qui vont ensuite proliférer dans la trame interstitielle pour constituer en s'organisant le néo-tissu conjonctif. La néphrite interstitielle des saturnins et des vieillards ne va pas à l'encontre de la théorie artérielle de la sclérose; car chez les saturnins, la sclérose évolue à la fois autour des tubuli et des artères; chez les vieillards, la lésion vasculaire ne fait jamais défaut, alors que la lésion épithéliale peut manquer.

Les scléroses multiples sont indépendantes les unes des autres, mais subordonnées à l'artério-scélérose généralisée. RICHARDIÈRE.

Contribution à l'étude de la pneumonie infectieuse. Le microcoque pneumonique et la pneumonie traumatique, par PETIT (*Gaz. hebd., février* 1886).

L'auteur rappelle les opinions diverses sur la présence ou l'absence du microcoque en capsule de Friedländer dans les broncho-pneumonies secondaires. Dans la pneumonie expérimentale, Massalongo, de Vérone, déclare n'avoir jamais trouvé le pneumococcus de Friedlander.

Petit a trouvé un cas de pneumonie traumatique consécutive à une contusion du thorax. L'examen des crachats pratiqué par de Gennes a montré la présence du microbe de Freidlnäder et de nombreux microcoques sans caractère spécial.

Le malade mourut après avoir présenté un état typhoïde, de l'albuminurie, de la diarrhée. A l'autopsie, on trouva un foyer d'hépatisation grise du poumon droit; du côté du foie et des reins les lésions qui accompagnent ordinairement les pyrexies infectieuses. Les parties hépatisées du parenchyme pulmonaire ont montré sur les coupes et dans les produits du raclage du tissu lésé le pneumococcus de Friedländer, généralement entouré de sa capsule. RICHARDIÈRE.

Note sur les microbes de la broncho-pneumonie diphtérique, par G. DARIER (*C. R. de la Soc. de Biologie*, 14 *novembre* 1885).

Dans un précédent travail, l'auteur avait signalé dans la broncho-pneumonie de la diphtérie la présence de bacilles et de microcoques; depuis lors il a pu cultiver isolément ces microbes et les inoculer à des

Digitized by Google

animaux. En dehors du micro-organisme spécifique, il existe, dans les poumons atteints de broncho-pneumonie diphtérique, des microbes variés qui appartiennent aux espèces *staphylococcus aureus*, *streptococcus pyogenes* et peut-être *staphylococcus albus*. Ces microbes ont une action pyogène évidente et viennent par leur présence compliquer la maladie primordiale. Ils ont pour effet tout au moins d'aggraver l'inflammation pulmonaire causée soit par le bacille diphtéritique, soit par l'intoxication du sang, et de provoquer la suppuration des lobules. F. H.

Two cases of hernia of the lungs into the neck (Hernie du poumon à la région cervicale), par Maurice KNOX (*The Lancet*, 21 *mars* 1885).

Il s'agit de deux malades asthmatiques depuis longtemps et qui portaient chacun, en arrière et au dessus de la clavicule, une tumeur, grosse comme une orange, molle et dépressible, se gonflant dans les efforts de toux, sonore à la percussion et donnant à l'oreille un murmure respiratoire accompagné de gros râles crépitants secs.

Dans un des cas, l'autopsie a pu être faite et on a trouvé un poumon extrêmement emphysémateux, dont le sommet faisait hernie derrière la clavicule dans la région cervicale. La portion herniée représentait une tumeur presque transparente, à surface lisse comme du duvet et offrant à la coupe tous les caractères de l'emphysème pulmonaire à son plus haut degré. H. BARTH.

Sur les altérations du myocarde (désintégration granuleuse) comme cause de mort subite dans la fièvre typhoïde, par DÉJERINE (*C. R. de la Soc. de Biologie*, 26 *décembre* 1885).

Déjerine a fait l'examen histologique du cœur chez deux sujets morts subitement pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. L'organe avait sa forme et son volume ordinaires, peut-être un peu dilaté. Rien du côté du péricarde, pas de lésions valvulaires. Le myocarde était pâle et remarquablement mou. Il n'y avait aucune trace de dégénérescence granulo-graisseuse, protéique ou pigmentaire ; aucun microbe dans la fibre musculaire. La lésion du myocarde consistait uniquement en une disparition, un décollement du ciment intercellulaire d'Eberth, qui unit entre elles, à l'état normal, les cellules musculaires de la fibre cardiaque. Cette lésion est analogue à celle que Renaut et Landouzy ont décrite chez les asystoliques. F. H.

Demonstration von Praeparaten über die Entwicklung von Nierentumoren aus abgesprengten Nebennierengebiete (Pièces anatomiques montrant le développement de tumeurs rénales aux dépens d'une hétérotopie du tissu des capsules surrénales), par GRAWITZ (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 46, *p.* 740, 17 *novembre* 1884).

Lors de sa communication au congrès de chirurgie (*R. S. M.*, XXV, 63), il manquait encore à Grawitz, pour rendre irréfutable sa démonstration, de pouvoir montrer côte à côte, dans les reins d'un même individu, du tissu aberrant de la capsule surrénale et les tumeurs résultant de sa transformation morbide. C'est ce qu'il peut faire maintenant. Chez un homme qui a succombé à 39 ans, un des reins présente une petite tache jaune semblant à première vue être des tubes urinifères graisseux, mais qui est en réalité due à un fragment de tissu surrénal hétérotopique, à peine gros comme

Digitized by Google

une graine de pavot, graisseux à la surface avec couche de pigment au-dessous.

En un point symétrique de l'autre rein, se trouve un nodule, gros comme un noyau de cerise, dont la zone la plus supérieure laisse voir distinctement les séries de cellules surrénales qui, latéralement, s'allongent considérablement, s'enfonçent et donnent lieu à une prolifération irrégulière, offrant la même structure que les tumeurs démontrées précédemment par Grawitz: ce sont des groupes de 2 à 5 cellules encloses par un stroma fibreux délicat.

Le contenu graisseux de ces cellules, leur forme, la coloration de leur noyau, tout les distingue de l'épithélium des tubes urinifères, contrairement à l'avis de Sabourin qui y voit des adénomes provenant de ces tubes.

Sur ce rein, il est également possible de démontrer avec certitude que le tissu surrénal s'accroît vers la substance rénale et parfois même pénètre dans les tubes urinifères, en sorte qu'on voit ces derniers remplis de cellules surrénales, comme, dans les tumeurs malignes, on voit les lymphatiques pleins de cellules cancéreuses. C'est ainsi que s'explique la pseudo-métamorphose des tubes urinifères, leur prétendue transformation directe en masses morbides; il n'y a là qu'une apparence. J. B.

Untersuchungen über die Œtiologie der Kakke (Recherches sur l'étiologie du béribéri), par OGATA (*Münchener ärztl. Int.-Blatt*, n° 47, 1885).

En traitant des coupes de moelle et de nerfs par le violet de méthyle et l'acide acétique dilué, Ogata a coloré en violet des corpuscules ronds et ovoïdes.

Sur 7 cas, Ogata a rencontré 5 fois dans le sang des bacilles, qui, par la culture, ont donné naissance à des bacilles plus petits que les bacilles du sang de rate. Ces recherches ont été faites au Japon, où le béribéri est assez commun. LESAGE.

Un caso di osteomalacia, par Alexandro CANTIERI (*Brochure. Bologne*, 1885).

A propos d'un cas d'ostéomalacie qui est venu mourir à la clinique de Bologne (12 mai 1884) et dont il a pu faire l'autopsie, l'auteur passe en revue et critique les différentes hypothèses émises sur la pathogénie de cette affection.

Il s'agissait d'une femme de 38 ans, de constitution grêle et débile. Mariée à 31 ans, elle éprouve dès le second mois d'une première grossesse les indices de la maladie. Les circonstances au milieu desquelles s'est développée l'ostéomalacie sont, comme d'habitude, une grande tristesse et préoccupation d'esprit, l'affaiblissement causé par la grossesse et l'allaitement prolongé (27 mois), le tout aggravé par la misère domestique. Au point de vue clinique, l'observation ne diffère du type connu que par l'absence de catarrhe intestinal; au point de vue anatomo-pathologique, par la prédominance des altérations du squelette de la cage thoracique sur les altérations du bassin.

Résumant les considérations que lui suggèrent les détails de cette observation, le professeur Cantieri arrive à cette conclusion que l'ostéomalacie ne consiste pas, comme on l'a dit, dans un ramollissement du tissu osseux de l'adulte, ramollissement qui serait déterminé par un acide (introuvable) et dans l'élimination des phosphates et carbonates calcaires entrant dans la constitution du tissu osseux; mais plutôt dans un défaut d'accumulation de ces éléments qu'une nutrition défectueuse n'amène qu'en quantité insuffisante.

Digitized by Google

En d'autres termes, l'équilibre qui doit se maintenir à l'état normal dans les phénomènes d'échanges de nos tissus est rompu non pas par excès d'élimination, mais par insuffisance d'apport, insuffisance d'assimilation.

H. DE BRINON.

I et II. — Schwanzbildung beim Menschen, par VIRCHOW et par BARTELS (*Berliner klinische Wochens.*, *n° 47, p. 745 et 755, 24 novembre* 1884).

III. — Demonstration eines durch Operation entfernten menschlichen Schwanzes (Queue humaine), par SONNENBURG (*Idem, n° 49, p. 790, 8 décembre* 1884).

I. — Virchow distingue 3 espèces d'appendice caudal chez l'homme : 1° les queues parfaites renfermant des vertèbres surnuméraires; jusqu'ici on n'en possède aucun fait authentique ; 2° les queues molles ou incomplètes n'ayant pas de noyau dur, osseux, à l'intérieur, mais un cordon mou que Virchow regarde cependant comme un rudiment de vertèbre; 3° les appendices cutanés caudiformes qui n'ont rien à faire avec les queues véritables et qui peuvent siéger sur les points les plus divers du corps.

Dès 1669, Elsholz décrivait un monstre féminin atteint d'éventration, d'ectopie viscérale et d'un arrêt de développement des membres d'un côté; ce monstre, outre une queue coccygienne, avait un appendice caudal sur la cuisse. Si le cas d'Elsholz inspirait de la méfiance, elle doit tomber devant un sujet tératologique très analogue que Virchow a découvert dans la collection réunie par Jean Muller. Les seules différences entre les deux monstres sont le sexe qui est mâle et le siège de la pseudo-queue qui est interscapulaire chez celui de Muller. L'un et l'autre offrent d'ailleurs une non-réunion de la paroi abdominale, une ectopie des viscères, l'atrophie d'une jambe et d'un bras et une courbure antéro-postérieure du rachis.

Chez le monstre retrouvé par Virchow, la fausse queue interscapulaire est un simple appendice cutané contenant uniquement un peu de graisse et sans rapport aucun avec le rachis. Au contraire, l'autre prolongement sort directement du coccyx et a un noyau dense que Virchow considère comme d'origine vertébrale ou spinale.

II. — Bartels admet 5 espèces de queues humaines :

1° Celles qu'on décrit généralement comme de simples appendices cutanés formant des moignons courts, sans noyau osseux, un peu plus larges à leur base et dont le sommet est mousse. C'est la queue embryonnaire qui a persisté ;

2° Les queues molles ou porcines, également sans noyau osseux. Ce sont les queues embryonnaires grossies par une croissance exagérée;

3° Les queues adhérentes qui ne sont autre que la tubérosité coccygienne embryonnaire qui a persisté ; on ne peut les relever, car elles sont comme soudées aux tissus sous-jacents;

4° Les queues à noyau osseux, sans augmentation du nombre des vertèbres ;

5° Les queues à noyau osseux et à coccyx contenant des vertèbres surnuméraires. Ces queues-là, qui seraient seules une manifestation d'atavisme, sont très contestées.

III. — Enfant de 2 ans ayant au niveau du sacrum, exactement à la

Digitized by Google

place où se trouve la queue chez les animaux, un appendice osseux offrant en dessous une sorte de cicatrice, comme si à ce niveau il lui manquait un morceau.

En l'extirpant, Sonnenburg reconnut que cette queue reposait sur un kyste dermoïde qui adhérait lui-même au périoste du sacrum. Elle était tout entière composée d'un tissu fibreux formant au centre un cordon dur de consistance cartilagineuse ; elle ne renfermait ni muscles, ni nerfs, ni autres éléments.

J. B.

Arrêt de développement du membre inférieur consécutif à une pseudarthrose des os de la jambe remontant à l'enfance, par P. BERGER (*Bull. Soc. de chir.*, *t. XI*, *n°* 12, *p.* 930, 1885).

Il s'agissait d'une pseudarthrose développée à l'âge de 9 mois ; la pièce, recueillie après la mort du sujet âgé de 57 ans, montrait :

1° L'existence d'une pseudarthrose fibro-synoviale (pseudo-darthrose) du tibia et du péroné constituant une véritable *néo-amphicondylarthrose* de ces os ;

2° L'absence de toute lésion paralytique concomitante et de toute altération des muscles et des nerfs, fait déjà constaté pendant la vie du malade ;

3° Une atrophie du squelette entier du membre inférieur atteignant même le côté correspondant du bassin.

Suivant Berger, cette atrophie provient de la pseudarthrose elle-même et dérive d'un arrêt de développement du membre fonctionnellement mutilé.

Berger a retrouvé un arrêt de développement analogue dans un autre cas de pseudarthrose ancienne de la jambe observé par lui sur un autre sujet.

Il ne se peut agir d'une lésion due à une affection primitive de la moelle dont aucun symptôme n'existait chez le malade en question.

M. HACHE.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

An introduction to practical bacteriology, par Edgar CROOKSHANK (*Londres*, *in*-8°, 1886).

L'importance que l'étude des microbes a prise dans les études médicales justifie la tentative de l'auteur anglais et fait du manuel de bactériologie de Crookshank un livre éminemment utile. La technique, en pareil cas, est en effet chose capitale, et c'est rendre un grand service aux médecins qui ne peuvent plus se consacrer aux recherches de laboratoire que de leur présenter un résumé succinct et lucide des résultats obtenus par les cultures des divers microorganismes isolés jusqu'ici.

Pour répondre d'une façon précise aux exigences de la pathologie, il faut en effet s'entourer d'une série de précautions spéciales. Le microbe doit être recueilli dans le sang, la lymphe ou les tissus de l'animal ou

Digitized by Google

de l'homme malade ; il faut l'isoler et le cultiver de façon à l'avoir à l'état de pureté, puis le réinoculer à des espèces animales similaires, afin de reproduire la maladie primitive. Quand l'expérimentation satisfait à ces conditions, le microbe peut être considéré comme pathogène.

Le manuel de Crookshank est divisé en trois parties distinctes.

La première est consacrée à la description des appareils et du matériel de laboratoire nécessaires à la démonstration des microbes. Les réactifs destinés à durcir, à fixer les tissus, les matières colorantes, les divers procédés de décoloration et de montage des pièces, la préparation des bouillons de culture préalablement stérilisés (gélatine, agar-agar, pommes de terre, sérum sanguin, etc.) sont passés en revue avec les perfectionnements les plus récents. Puis, l'auteur décrit les recherches expérimentales qu'il convient de faire sur les animaux, ainsi que les moyens d'isoler les microorganismes des liquides et des tissus après la mort.

La seconde partie de l'ouvrage traite de la description morphologique des bactéries. C'est une sorte de flore cryptogamique, basée sur la classification des genres et des espèces. L'auteur, après un court historique des classifications des schizomycètes tentées par Billroth, Cohn, Flügge, adopte la division de Zopf en quatre groupes : les coccacées, les bactéricées, les leptotrichées et les cladothrichées. Chacun de ces groupes se subdivise en genres, d'après la méthode dichotomique usitée en botanique, et les genres eux-mêmes donnent lieu à une série d'espèces décrites séparément, avec les applications à la pathologie qu'elles comportent. Il y a dans cette méthode une grande clarté et à propos de chacune des espèces de microbes marquants en pathologie, des figures bien faites, en chromolithographie, donnent au lecteur une idée exacte de la morphologie de ces microorganismes. L'étude de ces parasites est complétée par celle des procédés de coloration, de culture, applicables à chacun d'eux, et une rapide étude sur leur extension pathologique. Mais c'est moins au point de vue médical qu'au point de vue de l'histoire naturelle que sont envisagées les espèces multiples dont il est parlé dans l'ouvrage.

Le dernier chapitre comprend la description des diverses variétés de levure et de ferments de la bière, du lait, du sucre ainsi que les mucédinées qui peuvent se rencontrer dans les humeurs et les secrétions de l'organisme. Ce complément était nécessaire pour montrer les affinités comme aussi les différences d'allure des champignons inférieurs et des microbes véritables.

H. R.

Ueber die Ursachen der Eiterung (Des causes de la suppuration), par RUIJS (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 48, 1885).

En injectant des matières irritantes, l'huile de croton, le pétrole sous la peau et dans la chambre antérieure de l'œil des animaux, l'auteur a constaté une inflammation violente, mais pas de suppuration, quand l'opération est faite avec les précautions de l'antisepsie rigoureuse. Si la suppuration survient, on peut affirmer la présence de microorganismes dans le champ expérimental. Pas de suppuration sans microorganismes.

L. GALLIARD.

Digitized by Google

Contribution à l'étude des microbes de l'ostéomyélite infectieuse, par BERTOYE (*Lyon méd., janvier* 1886).

Rodet admet l'identité des staphylococcus albus et aureus (Voy. *R. S. M.*, XXVI, 488); l'observation publiée par Bertoye confirme cette opinion.

Jeune fille de 18 ans, bien portante jusqu'à l'âge de 14 ans. A cette époque, troubles digestifs, menstruation très irrégulière. Il y a trois ans, abcès froid de la face antérieure de l'avant-bras, ouvert spontanément, d'une guérison lente. Autre abcès froid à l'avant-bras gauche; en 1883, nombreux petits abcès sous-cutanés. A son entrée à l'hôpital (1885), abcès froid au-dessous de l'angle de l'omoplate droite, avec douleur au niveau de la septième côte. Pas d'autres lésions locales. Pas de syphilis ni de tuberculose.

L'abcès est ouvert, la côte est dénudée sans carie apparente. La plaie se cicatrice rapidement.

Le pus de cet abcès a été recueilli par Rodet et cultivé dans le bouillon; on a vu se développer une colonie de staphylococcus pyogenes albus. A une seconde culture le coccus albus s'est transformé en aureus et l'inoculation intra-veineuse de ces cultures a déterminé chez le lapin des lésions d'ostéite en même temps que des abcès dans divers organes. Le produit de culture de ces lésions expérimentales a donné des cultures jaunes de micrococcus.

Bertoye conclut de ces faits que les deux microbes ne sont qu'une seule espèce, dont la couleur tient peut-être à un simple tassement des microbes. A. C.

Distribution of bacillus anthracis in malignant pustule, par BARKER (*Med. Times, p.* 746, 28 *novembre* 1885).

Sur une pustule maligne excisée au 10e jour, Barker a constaté que les bacilles étaient localisés aux parties les plus superficielles du derme, et ne pénétraient dans la profondeur que lentement et en petit nombre. A la surface des papilles on en trouve des colonies nombreuses (causes des vésicules); dans le corps des papilles ou plus profondément les bacilles sont rares ; dans les vaisseaux il n'y en a pas. Sous l'escarre, le développement de ces organismes parait être arrêté : l'auteur conclut de cet examen et de la guérison qui suivit (cautérisation, iodoforme) que l'affection peut rester locale un temps considérable. MAUBRAC.

Ricerche sperimentali sui neutralizzanti del bacillo tubercolare a scopo profilattico e terapeutico (Recherches expérimentales sur les agents neutralisant le bacille de la tuberculose), par SORMANI et BRUGNATELLI (*Annali universali, février* 1885).

Les auteurs se sont posé le problème suivant : parmi les substances chimiques qui peuvent être employées comme agents thérapeutiques, en existe-t-il qui, mêlées en petite quantité aux crachats, en détruisent la virulence dans un temps donné? Après avoir pris une certaine quantité de crachats riches en bacilles, on la mélange avec la substance chimique, on la laisse ensuite dans l'étuve à 35 ou 45° pendant une ou deux heures, puis le mélange est injecté sous la peau d'un animal. Les auteurs ont ainsi expérimenté un grand nombre de substances. Ils les divisent : 1° en

Digitized by Google

substances qui n'ont eu aucune action sur la virulence du bacille; 2° en substances dont l'action est insuffisante ou incomplète; 3° en substances dont l'action neutralisante est certaine. Ils mettent en première ligne parmi ces dernières : l'acide lactique; l'acide camphorique et le camphre; le bromure d'éthyle; le naphtol β; la térébenthine; le chlorure de palladium; la créosote; le naphtol α; l'acide phénique; le bichlorure de mercure. Ces divers agents sont rangés dans cette liste d'après la progression croissante de leur pouvoir neutralisant. F. BALZER.

Zur Theorie der tuberculösen Riesenzellen (Des cellules géantes tuberculeuses), par WEIGERT (*Deutsche med. Woch., n°* 35, 1885).

Si les cellules géantes résultaient d'un travail irritatif en excès, comme on l'a cru, il faudrait s'étonner de voir les noyaux proliférer seuls. Puisque les protoplasmas ne se divisent pas, puisqu'il n'y a pas de multiplication des cellules, c'est qu'en réalité l'irritation formative est insuffisante et ralentie.

Le bacille du tubercule a des relations intimes avec les cellules géantes. Il siège surtout à la périphérie du disque protoplasmique, aux limites de la zone des noyaux et dans l'intervalle des noyaux, c'est-à-dire dans les régions douées de vitalité, tandis qu'il évite les régions centrales qui sont constituées par des éléments mortifiés.

La plupart des auteurs, et tout récemment Baumgarten, ont admis au contraire que les bacilles existent surtout au centre de la cellule géante.

D'après Weigert les bacilles jouent un rôle actif dans la dégénérescense centripète de la cellule géante; ils seraient les agents de la mortification. L. GALLIARD.

Ueber die Uebertragbarkeit der Tuberculose durch die Nahrung und über die Abschwächung der pathogenen Wirkung der Tuberkelbacillen durch Fäulniss (Sur la transmissibilité de la tuberculose par l'alimentation et sur l'atténuation de l'action pathogène des bacilles de la tuberculose par la putréfaction), par FISCHER (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmak., Band XX, Heft* 5 *et* 6, *p.* 446, 1886).

Fischer a expérimenté sur des lapins qui étaient isolés dans des cages réalisant les meilleures conditions hygiéniques. Ces lapins étaient tous très vigoureux au début des expériences. Ils étaient nourris avec des fragments de poumons frais recueillis sur d'autres lapins, auxquels on avait communiqué une tuberculose généralisée, en leur inoculant (quelques semaines auparavant) de la matière tuberculeuse dans la chambre antérieure de l'œil.

Les fragments de poumon tuberculeux étaient coupés en menus morceaux, déposés dans de l'eau distillée ou dans une solution de sel marin, puis on transformait le tout en bouillie par trituration dans un mortier. On filtrait cette bouillie avec de la toile très fine; le liquide qui passait et qui tenait en suspension un certain nombre de bacilles de la tuberculose était mélangé avec du lait ou avec de l'eau. C'est ce mélange qu'on faisait boire aux animaux (une seule portion pour un même animal).

On put voir qu'une dose unique de 3 à 8 centimètres cubes de ce

Digitized by Google

mélange occasionnait le développement d'une tuberculisation typique de la muqueuse intestinale, des ganglions mésentériques et du foie, au bout de 6 ou 8 semaines. La rate, les reins, le mésentère, le péritoine et la plèvre ont été trouvés constamment intacts. Sur la muqueuse de l'intestin, il existait parfois des ulcérations qui affectaient la plus grande ressemblance avec les ulcérations intestinales qu'on trouve à l'autopsie des phtisiques.

Chez la plupart des animaux on a constaté en outre une tuberculisation des ganglions sous-maxillaires et cervicaux, malgré l'absence de toute ulcération sur la muqueuse buccale et pharyngienne. Une fois, on a trouvé une ulcération tuberculeuse sur l'une des amygdales, avec éruption de tubercules disséminés sur la langue. En somme, ces expériences fournissent une nouvelle preuve de la transmissibilité de la tuberculose par la voie de l'alimentation. D'autre part, elles confirment ce qu'avait dit Falk de la résistance que le bacille de la tuberculose oppose aux sucs digestifs.

De même que Falk, Fischer a constaté que lorsque les matières alimentaires, infectées par le bacille de Koch, ont été abandonnées préalablement à la putréfaction, leur activité virulente se trouve atténuée, voire détruite.

Fischer fait observer ensuite que, pour ses expériences, il a toujours utilisé des tubercules jeunes, ne renfermant pas de spores, mais seulement des bacilles tuberculeux, qu'il ne saurait dès lors se rallier à l'opinion de Wesener, d'après laquelle dans le tube digestif, les spores seules conservent leur activité virulente, tandis que les bacilles en sont dépouillés. Il combat de même l'opinion de Wesener, suivant laquelle le suc gastrique normal détruit les bacilles de la tuberculose.

Enfin, de ce que Wesener a pu rendre tuberculeux des animaux en leur injectant dans l'intestin des crachats de phtisiques, on ne saurait conclure que la putréfaction n'atténue pas la virulence du bacille; car les crachats des tuberculeux contiennent d'autres organismes pathogènes susceptibles de fomenter des foyers inflammatoires qui ressemblent plus ou moins aux tubercules. E. RICKLIN.

Die experimentelle Erzeugung der Endometritis diphtherica puerperalis nebst einigen Schlussfolgerungen für das menschliche Puerperalfieber (Production expérimentale de l'endométrite puerpérale. Application à la prophylaxie de la fièvre puerpérale), par AUFRECHT (*Berliner klinische Wochens.*, *n°* 51, *p.* 822, 22 *décembre* 1884).

Dans un groupe de maladies n'offrant aucune parenté clinique ou anatomique, on trouve cependant des micrococques similaires réunis généralement sous forme de diplocoques, plus rarement de chapelets à 6 ou 7 grains ou bien en amas serrés les uns contre les autres. Ces micro-organismes sont de deux dimensions différentes, mais les plus petits sont les plus nombreux. Dans le croup et la diphthérie, les fausses membranes sont farcies d'amas de cette nature; de même les moules fibrineux des petites bronches, expectorés par les pneumoniques, les crachats de la pneumonie et les coupes de poumons hépatisés.

Les capsules d'enveloppe des *coques* se retrouvent dans toutes ces affections et ne sont par conséquent point un critère des pneumocoques.

Digitized by Google

Il y a plus : on constate l'identité des microcoques de la pneumonie (eux-mêmes identiques à ceux de la diphthérie) avec ceux de la fièvre puerpérale. Ainsi chez deux femmes arrivées au terme de leur grossesse, qui succombèrent à une pneumonie, on trouva dans l'utérus les mêmes micro-organismes que dans le poumon.

Aufrecht a soumis cette question à un contrôle expérimental. Un fragment de poumon atteint d'hépatisation grise fut trituré dans l'eau ; après filtration, le liquide fut injecté sous la peau d'une lapine en état de grossesse avancée. La lapine avorta au bout de 2 jours et mourut après 6 jours. Elle présentait de la suppuration du péricarde et du péritoine, une vive rougeur de l'utérus à la fois à l'extérieur et à l'intérieur. La muqueuse utérine présentait 6 places circonscrites d'aspect purulent ; le pus du péricarde et du péritoine contenait ainsi que les points altérés de la muqueuse utérine un très grand nombre de microcoques complètement identiques entre eux et aux pneumocoques.

Dans une 2e expérience semblable, l'animal mit bas, au bout de deux jours, trois petits morts, presque à terme, la mère elle-même succomba 3 jours plus tard. En dehors d'un œdème purulent au lieu d'injection, il n'y avait de malade que l'utérus qui renfermait encore un fœtus à placenta décollé et d'aspect sale ainsi que toute la portion de muqueuse sur laquelle le placenta s'insérait. En tous ces points, on trouvait des microcoques identiques généralement groupés 2 à 2, d'autres en chaînettes.

Pour reconnaître si l'altération cadavérique du poumon pneumonique avait eu quelque influence sur le résultat de l'expérience, un centimètre cube d'expectoration pneumonique fut injecté à une lapine qui 2 heures auparavant avait mis bas 6 petits. Cet animal succomba au bout de 42 heures. Son foie contenait quelques points grisâtres et les reins un pointillé hémorragique. La muqueuse utérine était dans toute son étendue traversée par des hémorragies, la surface correspondant au placenta était d'aspect sale et purulent ; partout on voyait de nombreux microcoques ayant en général une enveloppe claire et pâle.

Un fragment de foie de ce lapin ayant été trituré dans l'eau, le liquide ainsi obtenu fut, après filtration à travers un linge, injecté (1 seringue de Pravaz) à une lapine près de mettre bas. 5 jours plus tard, l'animal mourait après avoir la veille mis au monde 4 petits. A son autopsie, on constata de la péritonite, une rétention du placenta avec aspect sale, hémorragique de la surface correspondante de la muqueuse ; dans le sang et la muqueuse utéro-placentaire, nombreux microcoques.

Même résultat fut obtenu par injection du sang cardiaque d'un homme qui avait succombé à une laryngite diphthéritique compliquée d'une double pneumonie ; sur 2 des 3 surfaces placentaires de l'utérus, on voyait des masses diphthéritiques grosses comme des haricots et renfermant ainsi que le sang de nombreux diplocoques. En revanche, l'injection sous-cutanée de bactéries de la putréfaction chez deux lapines grosses et l'injection directe, chez une troisième, de ces bactéries dans le sang, par une veine auriculaire, n'ont donné aucun résultat ; il n'y eut pas même avortement ni mort des petits.

Toutes ces expériences prouvent donc en premier lieu que les pneumocoques des crachats et des cadavres pneumoniques provoquent une

Digitized by Google

endométrite diphthéritique, de même que l'injection de sang cardiaque d'un homme ayant succombé à la diphthérie. Il n'y a pas à douter que ce soient les bactéries contenues dans ces matières qui soient la cause de l'endocardite puisqu'on retrouve toujours la même espèce de microcoques.

En second lieu, de l'apparition simultanée de la pneumonie et de la diphtérie d'une part, de la pneumonie et de l'endocardite de l'autre, de l'aspect identique des microcoques qu'on trouve dans toutes ces lésions et enfin de la possibilité pour les microcoques de l'une — pneumonie, diphtérie — de déterminer expérimentalement une autre maladie endométrite diphtéritique — il y a lieu de conclure que les bactéries de ces deux états morbides sont les mêmes et qu'il existe une parenté étiologique entre eux.

Il en ressort une déduction applicable à la fièvre puerpérale humaine : c'est que l'infection par les mains et les instruments de l'accoucheur n'a lieu que s'il s'y rencontre les microcoques spécifiques et non pas seulement les bactéries de putréfaction ; la malpropreté ne suffit donc pas.

En outre tous ceux qui ont à soigner des femmes en travail ou des accouchées doivent se tenir éloignés des diphthéritiques. J. B.

Contributo sperimentale alla psico-fisiologia dei lobi ottici nella testuggine palustre (Contribution expérimentale à la psycho-physiologie des lobes optiques chez la tortue de terre), par FANO (*Rivista sper. di fren. e di med. leg. Fasc. IV*, 1886 *ou* 1885).

Il existe deux espèces de tortues de terre bien distinctes, l'une à carapace lisse et peu convexe; l'autre à carapace très convexe, rugueuse et épaisse.

La première espèce est très vive et répond aux excitations avec énergie; la seconde est plus passive, plus craintive, reste longtemps retirée dans sa carapace lorsqu'elle a été effrayée. L'auteur établit un rapprochement entre la première espèce et les malades atteints de manie, entre la seconde espèce et les malades atteints de lypémanie, en se basant sur les considérations développées par Herzen et appuyées par Buccola. De même que, chez les maniaques, les impressions pour la première espèce se réfléchissent rapidement à l'extérieur et se traduisent en mouvements, tandis que pour la seconde espèce, de même que chez les lypémaniaques, les impressions se projettent moins vers la sphère motrice et pour ce motif peuvent provoquer des modifications plus profondes de la substance nerveuse. En somme, l'intensité des phénomènes psychiques, déterminée par les excitants extérieurs, serait jusqu'à un certain point en raison inverse de l'intensité des mouvements extérieurs provoqués par l'intervention de ces excitants. Pour la brièveté du langage, il appelle donc la première espèce tortues maniaques, la seconde, tortues lypémaniaques.

Les résultats qu'il a obtenus dans ses expériences confirment les données fournies par Buccola au sujet du temps de réaction chez les maniaques et les lypémaniaques. La méthode de recherche et l'instrumentation sont d'ailleurs, à peu de chose près, semblables à celles qu'avait adoptées Buccola. Le temps de réaction chez la tortue lypémaniaque est 0,081 et, chez la tortue maniaque, 0,052 : il est donc beaucoup plus court chez la seconde que chez la première. L'excitabilité électrique est

Digitized by Google

d'autre part, chez la tortue maniaque, inférieure (90 mm) à celle de la tortue lypémaniaque (118 mm). Ces résultats s'accordent parfaitement avec les prémisses posées, au sujet des conditions qui rendent plus intenses chez les lypémaniaques les phénomènes psychiques provoqués par les excitants externes. Du reste, pour Arndt, la lypémanie serait caractérisée par une véritable hyperesthésie et Tigges a montré que dans la mélancolie l'excitabilité électrique est plutôt augmentée.

Cette sensibilité plus grande des lypémaniaques n'est-elle pas le résultat de la conductibilité moindre de leur système nerveux? L'auteur le croit et conclut d'expériences faites en élevant la température des tortues qu'il y a une plus grande résistance dans leur circuit psychique et que l'excitation, devant persister dès lors plus longtemps, exerce ainsi une influence désintégrante. — L'auteur montre, d'autre part, que l'on peut à volonté transformer une tortue lypémaniaque en tortue maniaque en lui faisant l'ablation de la voûte des lobes optiques. Chez ces tortues maniaques, artificiellement produites, il observe une diminution du temps réflexe et en même temps une dépression parfois énorme de l'excitabilité, différences qui correspondent à celles que l'on rencontre dans les formes naturelles. Comme contre-épreuve l'auteur a voulu exagérer les attitudes lypémaniaques d'une torture en mettant à nu les lobes optiques et en irritant la voûte au moyen d'un petit cristal de chlorure de sodium. L'animal, après cette opération, se montra beaucoup plus tranquille qu'auparavant. L'ablation de la voûte diminue le temps réflexe et déprime l'excitabilité, et d'autre part la stimulation de cette partie de l'encéphale ralentit la rapidité des transmissions centrales et exalte l'excitabilité. Il faut donc attribuer aux lobes optiques la propriété de retarder le temps de réaction et de déterminer par conséquent une des conditions essentielles du substratum physiologique de la pensée.

En somme, il croit pouvoir conclure qu'une grande vivacité de mouvements et une faible émotionnabilité, tout en révélant un cerveau dans lequel le travail conscient est faible, sont liées à une grande facilité de transmissions nerveuses centrales. Au contraire, la tension d'esprit et l'immobilité qui en dérive chez les lypémaniaques sont accompagnées d'une faible transmissibilité qui provoque des phénomènes qui font penser à une plus grande excitabilité des éléments encéphaliques. Ces variations tiennent à ce que les lobes optiques, placés dans le circuit psychique, doivent être considérés comme ayant une résistance plus grande chez les lypémaniaques que chez les maniaques. Il y aurait une tonicité fonctionnelle plus grande dans leurs lobes optiques. On pourrait donc conclure que l'intensité plus grande ou moindre du travail psychique qui résulte des excitants externes dépend, en partie au moins, de la plus ou moins grande tonicité des lobes optiques.

E. SALZER.

Sulle degenerazioni discendenti consecutive a lesioni della corteccia cerebrale, par MARCHI et ALGERI (*Rivista sper. di fren. e di med. leg. Fasc. IV*, 1886).

Chez les animaux opérés dans la région motrice, les dégénérations descendantes occupent surtout le faisceau pyramidal croisé, c'est-à-dire celui du côté opposé à la lésion, mais dans le même temps on a observé

Digitized by Google

beaucoup de fibres dégénérées dans le faisceau pyramidal direct de Türck, c'est-à-dire dans le cordon antérieur, et en même temps quelque fibres dégénérées dans le faisceau direct de Pitres ou cordon latéral du même côté que la lésion, et finalement aussi quelque fibres dégénérées dans les faisceaux de Burdach. Chez les chiens opérés à encore deux centimètres en arrière du sillon croisé, on trouve des traces notables de dégénération du faisceau pyramidal croisé, une dégénération très marquée des cordons postérieurs limitée aux faisceaux de Burdach. Quelques rares fibres dégénérées s'observent çà et là dans toute la section de la moelle spinale. Chez les animaux opérés dans la zone occipitale, la dégénération manque dans les cordons antérieurs et latéraux, tandis que les cordons postérieurs montrent une notable dégénération. F. BALZER.

Influence du système nerveux sur la nutrition des tissus, par Serge LEWASCHEW (*Archives slaves de biologie, I, fasc. 2*).

L'auteur a étudié surtout l'influence de l'irritation des nerfs; l'excitation du système nerveux entraine, on le sait, des troubles trophiques plus fréquemment que la paralysie nerveuse, et d'ailleurs les phénomènes observés à la suite de la section des nerfs sont masqués par le processus irritatif qui se passe dans le bout périphérique du nerf; Lewaschew, voulant obtenir des troubles trophiques, a donc fait choix de l'irritation.

Après avoir, chez le chien, mis à nu et irrité le sciatique d'un membre par l'introduction dans ce nerf de fils acidulés, l'auteur a observé des phénomènes trophiques divers; vascularisation exagérée, œdème, puis atrophie musculaire, psoriasis, sclérose du tissu cellulaire sous-cutané, etc. Il explique ces lésions trophiques par des perturbations dans les fonctions des parois vasculaires, plutôt à la suite d'une irritation des vaso-dilatateurs, que par paralysie des vaso-constricteurs; il termine en expliquant brièvement les troubles trophiques constatés chez l'homme par ce qu'il a vu dans ses expériences. A. NICOLAS

The experimental production of chorea (Production expérimentale de la chorée), par Angel MONEY (*Medico-chir. Trans., LXVIII, p. 277*).

L'auteur a fait des expériences d'embolies capillaires en injectant par le bout central de la carotide des cobayes des poudres très fines, telles que de la fécule de pommes de terre, de l'arrow-root et du carmin. Or, le résultat de cette expérimentation est de déterminer chez les animaux des mouvements choréiformes analogues à ceux de la chorée humaine; en pareil cas, les embolies capillaires ont toujours été retrouvées, non pas dans le cerveau, mais dans les vaisseaux de la moelle épinière.

Les mouvements de rotation, soit autour de l'axe longitudinal du corps, soit autour de la tête servant de pivot, correspondent à des embolies capillaires logées dans le cerveau.

Le nystagmus a été presque toujours observé dans le cours de ces expériences.

Enfin, des contractions musculaires ont été souvent constatées dans les muscles de la face et du cou. En pareil cas, les embolies atteignaient la moelle cervicale. H. R.

Digitized by Google

Sur la fonction de la glande thyroïde, par V. HORSLEY (*C. R. de la Société de Biologie*, 26 *décembre* 1885).

L'auteur a extirpé avec le plus grand soin la glande thyroïde à des singes. Il a constaté que le tissu conjonctif subit chez les opérés une dégénérescence mucoïde. Comme dans le myxœdème observé en clinique, les paupières se gonflent, ainsi que tout le système conjonctif de l'économie; ce gonflement est élastique et ne ressemble pas à l'œdème produit par l'accumulation de liquide. L'examen chimique montre que les tissus renferment beaucoup plus de mucine que normalement. L'animal devient en même temps très anémique; les globules rouges diminuent graduellement pendant que les leucocytes augmentent en nombre durant trois ou quatre semaines. La rate s'hypertrophie et toutes les glandes muqueuses sécrètent tellement que les selles sont souvent de la mucine pure.

Les animaux ne survivent pas plus de trois ou quatre mois à l'opération; ils traversent une période névrosique pendant laquelle ils ont un tremblement rappelant celui de la paralysie agitante et de l'hémiplégie : l'état mental s'altère; ils deviennent idiots. Le myxœdème survient, la température s'abaisse; on peut prolonger la vie, en maintenant les animaux à une température de 26°. Ils finissent par mourir dans un état de vieillesse prématurée. F. H.

Sur un cas de régénération de la rate à la suite de l'extirpation totale chez le renard, par A. ETERNOD (*Revue méd. Suisse romande, V*, 24 *janvier* 1885).

Un renard, âgé de 4 mois, ayant subi l'extirpation totale de la rate, mourut 161 jours après l'opération. L'autopsie de l'animal révéla les particularités suivantes : 1° une régénération partielle de la rate, consistant en la néoformation d'un nodule splénique ayant des connexions anatomiques complètement différentes de celles qu'ont les rates surnuméraires ordinaires ; 2° une néoformation de tissu ordinaire dans les ganglions et dans les plaques de Peyer, dans le tissu adipeux du mésentère et même dans les lobules hépatiques ; 3° une transformation du parenchyme ganglionnaire, ancien et nouveau, en parenchyme splénique ; 4° une diminution de la masse sanguine ; 5° une augmentation du tissu adipeux du mésentère.

Tous ces faits concordent, d'une manière générale, avec ceux trouvés par Tizzoni, Griffini, etc. (*R. S. M.*, XXI, 69 et 70; XXIV, 80), surtout chez le chien. J. B.

Die Bildung des Harnstoffes in der Leber (La production de l'urée dans le foie), par von SCHRŒDER (*Arch. f. exp. Pharmakol.*, *Band* XIX, *Heft* 4 *et* 5, *p.* 373).

Dans un travail antérieur, von Schroeder a prouvé que des muscles des reins dans lesquels on entretient la circulation artificielle sont incapables d'opérer la transformation du carbonate d'ammoniaque en urée tandis que le foie, dans les mêmes circonstances, réalise cette synthèse. On pourrait conclure de là que dans l'organisme animal le foie est le seul organe qui cumule avec des fonctions glycogène et biliaire celle de transformer en urée le carbonate d'ammoniaque qui prend incessamment naissance dans le sang. De cela von Schroeder a voulu obtenir la preuve indirecte en cherchant à constater que la transformation du carbonate

Digitized by Google

d'ammoniaque en urée cesse lorsqu'on supprime les communications du foie avec le torrent circulatoire. Deux voies s'offraient pour conduire à ce résultat : lier les vaisseaux du foie et rechercher si ensuite du carbonate d'ammoniaque injecté dans los vaisseaux s'éliminerait en nature à travers les reins; ou bien lier à la fois les vaisseaux du foie et des reins, doser la richesse du sang en urée, injecter du carbonate d'ammoniaque dans le sang et rechercher si à la suite de cette injection la proportion d'urée contenue dans le sang avait augmenté. La ligature des vaisseaux du foie chez le chien ne permet pas une survie assez longue, pour qu'on ait le temps de recueillir une suffisante quantité d'urine. Dans la seconde manière de procéder, qui a été adoptée par l'auteur pour ses expériences, les animaux ont continué de vivre pendant un espace de temps variable de 55 minutes à 1 h. 30. Il fallait donc au préalable s'assurer que ce délai est suffisant pour permettre la transformation d'une certaine quantité de carbonate d'ammoniaque en urée, dans le sang. A cet effet von Schroeder a injecté du carbonate d'ammoniaque dans les vaisseaux à des chiens auxquels il avait extirpé les reins. Du sang était soutiré par la carotide immédiatement avant et 60 minutes après l'injection du sel ammoniacal, injection qui se faisait par une veine du métatarse. Deux expériences ont donné comme résultat l'une, une augmentation de 78,31 0/0, l'autre, une augmentation de 101,49 0/0 de la proportion d'urée trouvée dans le sang avant l'injection. La transformation du carbonate d'ammoniaque en urée semble donc se faire avec une grande rapidité.

D'autres expériences conduites d'après le programme indiqué ci-dessus ont fourni des résultats qui permettent de conclure qu'après la ligature des vaisseaux du foie, l'injection de carbonate d'ammoniaque dans le torrent circulatoire n'augmente pas la proportion d'urée contenue dans le sang, pendant la durée de la survie.

L'auteur rappelle les expériences de Minkowski (Voy. *R. S. M.*, XXVII, 33) qui a démontré que chez les animaux privés de leur foie, l'excrétion de l'acide urique diminue rapidement, en même temps que l'urine se met à charier des sels ammoniacaux en grandes quantités. E. RICKLIN.

I. — Sulla riparazione delle lesioni interne del fegato (Sur la réparation des lésions internes du foie), par G.-B. UGHETTI (*Giorn. intern. delle scienze mediche, n°* 9-10, 1885).

II. — Ueber die Regeneration der Epithelen der Leber, der Niere, der Speichel, etc., unter pathologischen Bedingungen (De la régénération des épithéliums du foie, des reins, des glandes salivaires et de Meibomius sous des influences pathologiques), par PODWYSSOZKI (*Fortschritt der Medicin, n°* 19, 1885).

I. — Les expériences ont porté sur des chiens et des lapins auxquels on détruisait une portion du parenchyme du foie à l'aide du kératotome lancéolé de Baer. L'auteur a constaté que les lésions peu étendues se réparent facilement. Cette réparation peut se faire uniquement par un processus de cicatrisation ayant pour point de départ le tissu conjonctif interstitiel, sans régénération du tissu hépatique. On n'observe une véritable régénération, partielle il est vrai, que lorsque la destruction

Digitized by Google

expérimentale n'est pas exactement limitée à l'intérieur de l'organe, c'est-à-dire lorsqu'elle communique par un trajet plus ou moins large, avec la périphérie. F. H.

II.—Des lésions mécaniques légères déterminent après 6 ou 24 heures une prolifération des épithéliums glandulaires, surtout à quelque distance du point lésé; le noyau tuméfié de la cellule présente les diverses étapes qui conduisent à sa segmentation. Le phénomène de la karyokinèse apparaît plus ou moins rapidement, suivant qu'on l'étudie dans des glandes diverses ou chez des espèces animales spéciales; c'est ainsi qu'il s'observe le mieux dans le foie de la souris blanche, déjà 24 heures après l'irritation, tandis qu'il est beaucoup plus lent à se produire chez le lapin.

La prolifération des éléments glandulaires seule observée, après le début de l'expérience, s'accompagne plus tard aussi de la prolifération des épithéliums des conduits glandulaires; mais la rapidité avec laquelle se manifeste ce phénomène varie beaucoup suivant la glande dans laquelle il est observé.

Si l'irritation mécanique est légère, ce processus prolifératif ne se montre que dans les environs immédiats du point lésé; il est beaucoup plus étendu lorsque l'irritation est plus généralisée; celle-ci est-elle très violente, le processus régénérateur survient plus tardivement et se localise de préférence tout d'abord aux épithéliums excréteurs. Enfin l'inflammation, l'hémorragie retardent la prolifération cellulaire au point de la rendre toujours plus ou moins incomplète. L'auteur fait remarquer que ces phénomènes de régénération sont toujours plus actifs chez des animaux jeunes et bien nourris que chez des sujets âgés ou qu'on a laissé jeûner. W. OETTINGER.

I sali di potassio nella genesi dell'uremia (Les sels de potassium dans le développement de l'urémie), par ROVIGHI (*Riv. clin. di Bol.*, *novembre* 1885).

De même que Feltz et Ritter, l'auteur admet que les accidents urémiques sont causés par l'accumulation dans le sang des sels inorganiques et plus spécialement des sels de potassium. Il s'est servi dans ses expériences du chlorure de potassium qui est le plus abondant dans l'organisme, et aussi parce que les sels de potassium sont toujours éliminés, suivant Dehn, à l'état de chlorures.

La marche de l'urémie expérimentale, provoquée chez les lapins soit par la ligature des vaisseaux rénaux ou des uretères, soit par l'extirpation des reins, est d'autant plus rapide que la dose de chlorure potassique, introduite dans leur organisme après la suppression des fonctions rénales, est plus considérable. Le même sel de potassium, même à faible dose, tue en peu de minutes, en une heure et demie au plus, les lapins chez lesquels les fonctions rénales sont supprimées depuis 8 à 12 heures. L'aggravation de la marche de l'urémie par cet agent se manifeste par des signes d'altération des fonctions respiratoires, le ralentissement et l'irrégularité des battements cardiaques, l'affaiblissement général des forces musculaires, l'abaissement de la température, et jamais par le développement de grands accès convulsifs. L'auteur, comme Feltz et Ritter, croit pouvoir conclure de la série de ses expériences que l'urémie est essentiellement déterminée par les sels de potassium. F. BALZER.

Digitized by Google

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Nouvelles recherches sur les substances toxiques ou médicamenteuses qui transforment l'hémoglobine en méthémoglobine, par G. HAYEM (*Compt. Rend. Acad. des Sciences*, 22 *mars* 1886).

En faisant abstraction des ferricyanures qui n'agissent que sur l'hémoglobine dissoute, et, inoffensifs pour le sang pur, ne peuvent agir qu'*in vitro*, les substances qui transforment l'hémoglobine en méthémoglobine peuvent être rangées en deux classes distinctes et agissent dans les conditions suivantes : 1° le nitrite d'amyle et le chlorhydrate de kairine produisent la méthémoglobine aux dépens de l'hémoglobine globulaire, sans qu'il y ait d'autres altérations des hématies ; aussi la méthémoglobine est-elle réduite rapidement dans l'organisme, et, dès que l'emploi du médicament est suspendu, le sang reprend rapidement ses caractères normaux ; 2° avec le nitrite de sodium, l'acide pyrogallique, la méthémoglobine formée aux dépens de l'hémoglobine libérée est définitive, aussi bien dans l'organisme qu'*in vitro*, et elle doit être éliminée, c'est-à-dire qu'elle fournit alors les mêmes produits d'oxydation que l'hémoglobine et en particulier de l'urobiline qui apparaît dans les urines.

M. DUVAL.

Ueber einige neuere Arzneimittel (De quelques médicaments nouveaux), par H. SENATOR (*Berliner klinische Wochens.*, n° 1, *p.* 5, *janvier* 1885).

1° *Teinture de Cascara sagrada*, extrait alcoolique préparé avec l'écorce du Rhamnus Purshiana, originaire de la Californie et de l'Orégon. Senator, après l'avoir employée dans de nombreux cas, peut affirmer avec les médecins américains et anglais que c'est un laxatif sûr, sans être irritant. Aux adultes, on peut le prescrire à la dose de une demi-cuillerée à thé, ou, si l'on désire un effet plus énergique, à la dose de deux ou trois cuillerées par jour ; il n'est pas nécessaire d'en corriger le goût qui, quoique amer, n'est nullement désagréable. Chez les enfants, on peut d'ailleurs en masquer la saveur par l'adjonction d'un sirop quelconque.

Suivant la dose, les selles sont normales, pultacées, rarement fluides. Un grand avantage de ce médicament, c'est qu'il peut être pris longtemps, sans inconvénient.

En somme, son action le classe entre la rhubarbe et le séné, mais il leur est supérieur en ce qu'il agit à plus faibles doses (*R. S. M.*, XXIV, 485 ; XXVI, 57; et XXVII, 55).

2° *Evonymine*, extrait alcoolique et pulvérulent retiré soit de l'écorce de la racine, soit de celle des branches de l'Evonymus atropurpureus ; le premier est brun pâle, tandis que celui fourni par l'écorce des rameaux est verdâtre. On le prescrit aux doses de 0,1 à 0,4 comme purgatif. Mais Senator a constaté qu'il produit des coliques assez vives

Digitized by Google

qu'on peut atténuer par addition d'extrait de belladone ou de jusquiame. Il n'a pas encore pu vérifier les propriétés cholagogues que Rutherford attribue à ce médicament; il y aurait lieu, à cet égard, de l'essayer au début de la cirrhose hypertrophique.

Quoi qu'il en soit, c'est un cathartique d'action assez certaine, mais un peu drastique, ce qui fait qu'on ne peut l'administrer longtemps de suite. Il doit être placé à côté du podophyllin (*R. S. M.*, XXIII, 117).

3° *Extrait de Piscidia erythrina* employé en Amérique, sur la recommandation d'Hamilton, depuis 1845, comme soporifique et chez les aliénés agités. Senator en a obtenu de bons résultats dans la migraine, en l'administrant le soir à des doses de 0,3 à 0,5. Les malades, qui avaient, en se couchant, de violentes douleurs de tête, étaient manifestement calmés, s'ils ne dormaient pas profondément, et le lendemain matin ils ne souffraient plus. Chez des phtisiques, le piscidia a agi également comme sédatif, mais sans procurer un sommeil comparable à celui de l'opium ou du chloral. Senator n'a d'ailleurs fait que peu d'expériences avec ce médicament (*R. S. M.*, XIX, 84 ; XXII, 481 ; XXV, 494).

4° L'*essence de Gaultheria ou de Wintergreen* a été préconisée, il y a deux ans, par Kinnicut, pour remplacer l'acide salicylique dont elle aurait les propriétés thérapeutiques sans occasionner les mêmes effets physiologiques incommodes. Son odeur est très agréable, mais son goût l'est moins. On la prescrit dans du lait, du vin ou en capsules. Dans le rhumatisme articulaire, elle est presque aussi efficace que l'acide salicylique à la dose de 10 à 20 gouttes, toutes les deux ou trois heures ; mais, malgré ce qu'on en a dit, elle détermine des bourdonnements d'oreilles, de la lourdeur de tête et incommode l'estomac.

Ce médicament, qui a l'avantage d'être très bon marché, trouve son emploi chez les malades qui se refusent à prendre l'acide salicylique (*R. S. M.*, XVIII, 481 ; XXVI, 523).

5° La *picrotoxine* tirée de la coque du Levant a été employée avec succès par W. Murrell contre les sueurs des phtisiques. Senator y a eu recours dans les mêmes circonstances et avec autant de profit. Il fait prendre le soir de 15 à 20 gouttes d'une solution de 0,1 de la substance dans 200 grammes d'eau, soit de 8 milligrammes à 1 centigramme de picrotoxine. Comme ce médicament ne détermine aucuns troubles accessoires, on peut l'administrer beaucoup plus longtemps que l'atropine dont il égale presque l'action antisudorifique. Entre les mains de Senator, la picrotoxine a arrêté les sueurs des phtisiques chez les deux tiers des malades.

6° L'*agaricine* a le tort d'être coûteuse. Senator a souvent été obligé de doubler la dose de 5 milligrammes indiquée par Seifert (*R. S. M.*, XXV, 133) pour faire cesser les sueurs. Du reste, il n'a jamais cessé d'employer dans le même but l'agaric à la dose de 30 à 50 centigrammes donnée en une fois le soir. Ce médicament n'est pourtant pas infaillible et occasionne facilement de la diarrhée, aussi est-il bon d'y associer 1 centigramme d'opium (*R. S. M.*, XXI, 114 et XXVI, 72). J. B.

Digitized by Google

I. — De la spartéine, par A. HOUDÉ (*Bulletin de thérap.*, 15 *décembre* 1885).

II. — Du sulfate de spartéine comme médicament dynamique et régularisateur du cœur, par G. SÉE (*Union médicale*, 29 *novembre* 1885).

I. — Voici quel est le procédé de l'auteur pour obtenir la spartéine. Les feuilles et les rameaux du spartium scoparium, réduits en poudre, sont lixiviés dans l'appareil à déplacement par de l'alcool à 60 degrés, jusqu'à ce que le liquide qui s'écoule ne donne plus de précipité par l'iodure de potassium ioduré; les liqueurs alcooliques filtrées et réunies sont distillées dans le vide à une faible température, et le résidu est repris par une solution d'acide tartrique. On filtre de nouveau pour séparer une gelée d'un brun verdâtre, principalement composée de chlorophylle et de scoparine; la solution acide, après avoir été rendue alcaline par l'addition de carbonate de potasse, est agitée à plusieurs reprises avec cinq ou six fois son volume d'éther, qui enlève la totalité de l'alcaloïde. On purifie l'éther avec de l'acide tartrique (nouvelle solution), jusqu'à ce qu'on obtienne une liqueur éthérée, incolore. On évapore et on recueille la spartéine à l'état de pureté. Un kilogramme de plante a donné à l'auteur, comme rendement, 3 grammes de principe actif.

La spartéine est un alcali liquide, incolore, plus dense que l'eau et privé d'oxygène; elle bout à 287 degrés. LESAGE.

II. — L'auteur a employé une solution aqueuse de $0^{gr},10$ de sulfate de spartéine chez 6 malades atteints de myocardite interstitielle ou d'affections valvulaires, et il a constaté trois effets caractéristiques et importants; le premier, c'est le relèvement du cœur et du pouls, aussi accentué, et plus prompt et plus durable que sous l'action de la digitale; le deuxième, c'est la régularisation immédiate du rythme cardiaque troublé; le troisième, c'est l'accélération des battements, qui s'impose pour ainsi dire, dans les graves atonies avec ralentissement du cœur; tous ces effets se produisent en quelques heures, et durent trois à quatre jours après la suppression du médicament; la fonction urinaire ne semble pas modifiée. La spartéine est donc indiquée en cas d'affaiblissement du myocarde, d'arythmie et de ralentissement de la circulation. H. L.

I. — De l'adonis vernalis dans les maladies du cœur, par CERVELLO (*La medicina contemp.*, *juillet* 1885).

II. — Un nouveau médicament cardiaque, l'adonis vernalis et l'adonidine, par HUCHARD (*Union médicale*, 7-12 *janvier* 1886).

III. — Preliminary note on adonidine, par J.-C. WILSON (*Med. news*, 2 *janvier* 1886).

IV. — A study of the physiological and therapeutic effects of adonidine, par Hobart-Amory HARE (*Therap. Gazette*, 15 *avril* 1886).

I. — Cervello a reconnu que l'adonis cupaniana, qu'on trouve en abondance en Sicile, a les mêmes propriétés que l'adonis vernalis; on peut en isoler un principe actif en tous points similaire, comme caractères chimiques et action physiologique, à l'adonidine. Après avoir rappelé ses premières recherches, Cervello donne la relation de quelques cas d'affection cardiaque traités par l'adonis en infusion (2 à 5 grammes pour 150 grammes d'eau); l'effet a été nul quand la dégé-

Digitized by Google

nérescence du myocarde était trop avancée. Mais dans les lésions mitrales et dans un cas de lésion aortique, au bout de quelques jours l'oppression diminuait, le pouls devenait moins fréquent, se régularisait; la cyanose, l'œdème et les troubles généraux de la circulation s'effaçaient. La diurèse était augmentée, l'albumine diminuait, disparaissait même. D'après les observations de Cervello, l'action de l'adonis se rapproche de celle de la digitale, sans en avoir les inconvénients. (Voy. *R. S. M.*, XIV, 509; XXI, 494; XXIII, 83.) A. C.

II. — L'auteur rapporte cinq observations de malades atteints de cardiopathies, avec ou sans lésions valvulaires, et fort améliorés par l'usage de l'adonidine, à doses variables de 1 à 3 centigrammes. Ce médicament augmente constamment la tension artérielle; il est donc contre-indiqué dans les affections où cette tension est accrue, affections aortiques, artériosclérose, etc. Il ralentit le nombre des pulsations cardiaques et détermine une diurèse abondante. Il ne semble pas s'emmagasiner et par suite être susceptible d'amener des accidents d'intoxication. Huchard a employé aussi l'adonis dans des cas de fièvre typhoïde où la tension vasculaire était diminuée. H. L.

III. — Wilson résume les travaux publiés sur cet alcaloïde et cite une observation d'insuffisance mitrale avec œdème des membres, albuminurie, dans laquelle la digitale ne pouvant être administrée, l'adonidine, à la dose d'un tiers de grain, quatre fois par jour, eut des effets excellents sur la circulation générale et sur la sécrétion rénale.

IV. — Hare a varié ses expériences (sur les grenouilles), faisant tantôt des injections intrapéricardiques dans les vaisseaux, avec ou sans section des nerfs vagues, tantôt plaçant le cœur directement dans une solution d'adonidine, et il est arrivé aux conclusions suivantes :

L'adonidine augmente la pression artérielle en stimulant les centres vaso-moteurs et en augmentant la force cardiaque.

A doses moyennes, elle augmente la fréquence du pouls; à doses toxiques, elle ralentit d'abord le cœur, puis accroît secondairement le pouls, en déprimant les nerfs inhibiteurs et stimulant l'appareil accélérateur.

L'adonidine a peu d'action sur le système nerveux, à moins de doses énormes. A. C.

The analgesic action of theine, par Thomas-J. MAYS (*Med. News*, 17 *avril* 1886).

Depuis ses premières recherches (Voy. *R. S. M.*, XXVII, 479), Mays a constaté que les échantillons de caféine et de théine qui lui avaient été remis n'étaient pas très authentiques. Il a repris ses expériences et a constaté que la théine détermine des accidents convulsifs chez la grenouille, tandis que la caféine n'en produit pas. Chez l'homme, l'injection de théine à la dose d'un tiers de grain détermine un engourdissement de la main et du bras au-dessous du point de l'injection, un sentiment de froid, une légère diminution du pouls. L'anesthésie locale survient en quelques minutes.

Mays publie le résumé de trente-cinq observations dans lesquelles l'injection de théine a amené le soulagement et la guérison rapide de névralgies variées. A. C.

Digitized by Google

Die physiologische Wirkung einiger Präparate der Hydrastis Canadensis, par FELLNER (*Wien. med. Jahrb.*, *p.* 349, 1885).

Schatz a employé avec succès l'hydrastis canadensis dans la métrorragie. L'auteur a étudié l'action de l'extrait aqueux de cette plante sur des chiens curarisés.

Les fortes doses (6 à 9 grammes injectés dans la veine jugulaire d'un chien de cinq kilogrammes) déterminent d'abord l'élévation de la pression sanguine avec ralentissement du pouls, puis l'abaissement de la pression avec accélération du pouls et arythmie. Les doses moyennes (3 grammes) produisent des effets analogues mais sans arythmie. Les faibles doses, après des alternatives diverses, déterminent en définitive l'élévation de la pression et le ralentissement du pouls.

Après section des nerfs splanchniques, les faibles doses fournissent un résultat opposé à ce dernier résultat, dû aux dilatations vasculaires ainsi produites.

Après section de la moelle allongée, mêmes résultats qu'après section des nerfs splanchniques, pour ce qui concerne la pression sanguine.

L'hydrastis agit non seulement sur les centres vasomoteurs, mais sur les centres nerveux cardiomoteurs; c'est un poison des vaisseaux et aussi un poison du cœur.

Quant à la musculature de l'utérus, elle subit comme les vaisseaux l'influence de l'hydrastis : l'auteur observe les contractions ou le relâchement de l'organe, suivant que la pression sanguine s'élève ou s'abaisse.

Il a obtenu également des contractions énergiques de l'utérus à l'aide des alcaloïdes de l'hydrastis (berbérine, phosphate de berbérine, chlorydrate d'hydrastine) : ces composés agissent plus efficacement sur l'utérus que l'extrait aqueux d'hydrastis. L'auteur en recommande l'emploi aux cliniciens. L. GALLIARD.

A note on lewinin, the new local anœsthesic (De la lévinine, anesthésique local), par A. RANDOLPH (*Med. News*, 13 *mars* 1886).

Randolph donne le nom de lévinine à l'une des résines extraites du piper methysticum, l'alpha Kawa résine. Ce corps jouit de propriétés anesthésiques analogues à celles de la cocaïne. Un fragment mis sur la langue détermine une sensation de brûlure suivie d'engourdissement. Son action est trop irritante pour l'employer dans l'œil; mais dans la pratique dentaire, dans les opérations sur la muqueuse nasale, elle peut rendre des services. A. C.

Nota intorno all'azione della pilocarpina sull'albumina, par AICARDI (*Rivista clinica di Bol.*, *juillet* 1885).

Chez les sujets non albuminuriques, après les injections de pilocarpine, la quantité de l'albumine dans la salive augmente notablement. Sans pilocarpine, elle présente de légères oscillations, mais n'atteint jamais le degré auquel elle arrive chez les mêmes sujets, quand on leur en injecte. L'albumine chez les individus atteints de mal de Bright n'est pas plus abondante que chez les sujets non albuminuriques ; comme chez ces derniers elle augmente quand on injecte le chlorhydrate de pilocarpine. F. BALZER.

Digitized by Google

I. — Contribution à l'étude de l'action physiologique de la cocaïne, par SIGHICELLI (*Arch. ital. de Biol., janvier* 1886).

II. — The effects of cocaïne on the central nervous system, par BROWER (*Journal of Amer. Med. Assoc., p.* 59 *et* 77, 16 *janvier* 1886).

I. — Les expériences de l'auteur sur de petits animaux, lapins, cobayes, l'ont conduit aux conclusions suivantes :

1° La cocaïne peut déterminer la paralysie des muscles moteurs du globe oculaire et des muscles striés en général, pourvu qu'ils soient très minces;

2° La cocaïne produit une dilatation pupillaire en paralysant les fibres musculaires de l'iris ;

3° La même action se produit lorsqu'on expérimente sur les fibres musculaires lisses de l'intestin. C. GIRAUDEAU.

II. — La cocaïne à doses petites ou modérées est un stimulant cérébral, mais dérange les fonctions de digestion et assimilation, et diminue l'élimination des déchets.

L'emploi de la cocaïne dans l'ivresse produite par l'alcool ou l'opium ne donne pas de résultats satisfaisants; c'est un danger plus grand que l'alcool ou l'opium.

Dans les cas de dépression mentale, si on évite les effets nuisibles sur la digestion, la cocaïne donne souvent de bons résultats.

Dans la neurasthénie, c'est un adjuvant du traitement. Administrée longtemps et à fortes doses, cette substance entraîne une détérioration très marquée du système nerveux, produit un abattement profond, et peut troubler la nutrition du cerveau au point de développer la folie.

La cocaïne parfois, à des doses regardées autrefois comme faibles, produit des troubles alarmants de dépression du système nerveux central.

MAUBRAC.

Action physiologique du tartrate de chinoline, par CONRAD BERENS (*Therapeutic Gazette, p.* 433, *juillet* 1885).

L'auteur analyse minutieusement les propriétés du tartrate de chinoline; les résultats auxquels il est arrivé peuvent se résumer ainsi : le tartrate de chinoline est un agent puissant qui produit la mort par asphyxie. Il augmente l'amplitude et le nombre des mouvements respiratoires par l'excitation des terminaisons du nerf vague dans le poumon. A la fin, il arrête la respiration par une action paralysante exercée sur le centre respiratoire. Il ne produit pas de convulsions. A la période ultime, il abolit les réflexes par action directe sur la moelle épinière et par une légère influence sur les muscles et les nerfs. Il diminue, puis abolit la contractilité musculaire, quand il est appliqué sur les muscles ou porté directement dans la circulation. Il coagule la myosine et l'albumine. Le tartrate de chinoline empêche la sécrétion salivaire par paralysie des filets glandulaires de la corde du tympan, augmente l'écoulement de la bile, mais n'a aucune influence sur la rate. Il amène la diminution de la pression sanguine, et par la paralysie des centres vaso-moteurs, et par l'affaiblissement direct du muscle cardiaque; cette même action est cause de la diminution de la force des battements. Il abaisse la tempéra-

Digitized by Google

ture par l'augmentation des pertes de calorique. C'est un puissant antiseptique. Les voies d'élimination ne sont pas connues.

H. CHOUPPE.

Tannate of cannabine, par H.-C. WOOD (*Therapeutic Gazette, p.* 179, *juin* 1885).

Wood a administré le tannate de cannabine à plusieurs sujets à la dose de 1 gramme par jour, et il n'a jamais pu observer autre chose qu'un léger engourdissement chez quelques-uns, et dans un ou deux cas de chorée une légère diminution des mouvements. On peut prendre sans crainte la poudre à la dose de 0gr,50. On peut même augmenter rapidement sans obtenir autre chose qu'une légère somnolence.

On n'observe aucun trouble ni de l'estomac, ni de l'intestin, ni d'un autre organe.

H. CH.

Modo di comportarsi del ricambio materiale sotto l'azione di diverse antipiretiche (De la nutrition sous l'influence de diverses substances antipyrétiques), par LIVIERATO (*Rivista clinica di Bol., octobre* 1885).

Parmi tous les antipyrétiques, la quinine limite le plus la production de l'urée, qui tombe de 12 grammes en 2 heures, chez les individus sains. Les substances antipyrétiques, kairine, antipyrine, thalline, quinine, salicylate de soude, ont une notable influence sur la quantité d'acide carbonique éliminée par la respiration chez les sujets apyrétiques : elle diminue sous l'action de ces substances. La thalline tient le premier rang : elle diminue par heure pour chaque kilogramme de poids du corps, la quantité d'acide carbonique de 6 décigrammes à 1gr,4 ; puis vient la quinine, de 1 décigramme à 1gr,1 ; l'antipyrine, de 1 décigramme à 1 gramme ; la kairine, de 8 centigrammes à 5 décigrammes ; enfin le salicylate de soude, de 5 centigrammes à 1 décigramme. En somme, ces recherches montrent que les substances antipyrétiques limitent notablement les combustions organiques, diminuent l'élimination de l'urine et de l'acide carbonique : ce fait est encore démontré par l'état stationnaire du poids du corps des fébricitants ; quelquefois même il y a tendance à l'augmentation.

F. BALZER.

Sur l'action physiologique de la thalline, par PISENTI (*Arch. ital. de Biol., janvier* 1886).

Ces recherches physiologiques viennent confirmer les résultats cliniques obtenus par Jaksch. Abaissement thermique mais peu durable, action antiputride remarquable, modification nulle de la pression sanguine lorsque la thalline est administrée à faibles doses, mais augmentation lorsqu'on injecte de fortes doses, élimination par les reins et le foie : telles sont les principales propriétés que signale l'auteur. Ajoutons qu'il recommande l'emploi des injections sous-cutanées aqueuses de sulfate de thalline, à la suite desquelles il n'a jamais observé d'accidents.

C. GIRAUDEAU.

Digitized by Google

I. — Recherches expérimentales et cliniques sur l'action du boldo, par LABORDE (*Soc. de Biol.*, 28 *février* 1885).

II. — *Idem*, par JURANVILLE (*Trib. Médic.*, 8 *novembre* 1885).

Le boldo-glucine possède une action hypnotique incontestable. Ce sommeil peut être rapproché du sommeil naturel, parce qu'il en a toutes les apparences, le calme, l'absence à peu près complète d'anesthésie.

Au point de vue de l'état de la respiration, qui se régularise en même temps que le nombre des inspirations diminue légèrement ;

Au point de vue des échanges nutritifs dont la diminution est révélée par une diminution notable dans la quantité d'acide carbonique exhalé ;

Au point de vue de l'état de la circulation encéphalique, le cerveau étant moins congestionné qu'à l'état de veille, ce qui semble indiquer un apport moindre de sang artériel dans la masse encéphalique.

D'autre part, les résultats de l'expérimentation physiologique ont été confirmés par l'observation clinique : le boldo, administré à des malades agités, ne dormant pas depuis un temps plus ou moins long (aliénés), a toujours amené le sommeil. CZENNE.

I. — Note sur l'action physiologique et toxique de l'acétophénone, phénylméthylacétone ou hypnone, par LABORDE (*C. R. de la Soc. de Biol.*, 12 *et* 19 *décembre* 1885).

II. — Action de l'hypnone sur le sang, par LABORDE et QUINQUAUD (*C. R. de la Soc. de Biologie*, 17 *avril* 1886).

III. — Étude physiologique sur l'acétophénone, par MAIRET et COMBEMALE (*Acad. des sc.*, 28 *décembre* 1885).

IV. — Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique de l'acétophénone, par LES MÊMES (*Acad. des Sc.*, 18 *janvier* 1886, *et Montpellier méd.*, *février* 1886).

I. — En injections hypodermiques, l'hypnone ne produit l'état de sommeil complet chez les animaux, même chez le cobaye, qui paraît être le plus sensible à son action, qu'à une dose relativement élevée. Une fois obtenu et établi, l'état de sommeil complet ne cesse plus et se termine par la mort asphyxique.

L'hypnone exerce une action locale assez énergique, d'ordre chimique, sur les tissus, au contact desquels elle est immédiatement portée en nature, par l'injection sous-cutanée, ou intra-musculaire; cette action entraîne une paralysie plus ou moins complète de la sensibilité et de la motricité. Cette paralysie peut s'accompagner de contracture, notamment chez la grenouille, et elle porte également sur l'excitabilité des muscles touchés.

Chez le chien, les injections hypodermiques, même de 3 grammes, n'amènent pas le sommeil : ingéré dans l'estomac, l'hypnone provoque le vomissement sans autre résultat. Les injections intraveineuses, avec des doses moindres, déterminent un sommeil profond et momentané, avec anesthésie et analgésie complètes, atténuation du réflexe oculo-palpébral, mydriase pupillaire, chute constante de la pression intravasculaire centrale et périphérique, chute concomitante de la pression car-

Digitized by Google

diaque, accélération et arythmie respiratoire. Abaissement thermique constant. Consécutivement, processus asphyxique et mort. Infiltration sanguine apoplectiforme très intense des poumons, du foie, de la rate et des reins. Sang absolument noir et coagulation asphyxique dans les cavités du cœur, lâches et distendues.

Laborde a étudié le mécanisme physiologique des troubles circulatoires et nerveux observés sous l'influence de l'hypnone : il a reconnu une diminution notable de l'excitabilité du pneumogastrique, la diminution de l'activité motrice des circonvolutions excitables du cerveau, la diminution d'amplitude et même l'extinction presque complète des changements de volume du cerveau.

Il convient d'apporter une certaine réserve dans les applications thérapeutiques de l'hypnone; on doit proscrire les injections hypodermiques, et dans l'ingestion par l'estomac il est bon de mitiger le produit pur par un mélange de glycérine et d'eau (hypnone 1 centimètre cube, glycérine et eau aa. 5 centimètres cubes).

II. — L'injection intraveineuse d'hypnone amène toujours l'asphyxie; l'acide carbonique contenu dans le sang augmente, et l'oxygène diminue. Le glucose augmente dans le sang après l'injection intra-veineuse d'hypnone. L'hypnone n'est pas un poison hématique vrai, il détermine des phénomènes d'asphyxie; pris à dose modérée, il diminue les combustions. F. H.

III et IV. — Dans ces trois notes, Mairet et Combemale étudient l'action physiologique et toxique de l'acétophénone chez les animaux et chez l'homme. Les résultats diffèrent de ceux obtenus par Dujardin-Beaumetz par l'absence de sommeil; à faible dose, le sommeil était nul; à dose moyenne il était passager, léger; à doses élevées, on plongeait les animaux dans un état comateux.

Chez l'homme sain, en injection stomacale et à des doses variant entre 0gr, 10 et 0gr, 30, les auteurs n'ont constaté aucune modification d'aucun appareil; à doses plus élevées, 0gr, 45 à 0gr, 60, la circulation et la miction ont été influencées. La miction a été plus abondante pendant les premiers moments qui ont suivi l'administration, et le pouls, d'abord plus plein, sans changement de fréquence, est devenu, cinq à six heures après l'administration, plus dépressible et un peu moins fréquent qu'avant cette dernière.

Chez l'aliéné, les recherches ont porté sur vingt-deux malades, agités et ne reposant pas la nuit : maniaques, déments par suite de manie, déments par l'alcoolisme, déments par suite d'athéromasie, paralytiques généraux, idiots, épileptiques, hallucinés. La quantité d'acétophénone administrée a varié entre 0gr, 10 et 0gr, 45 par vingt-quatre heures. Quelques malades ont pris cette substance pendant onze jours consécutifs, d'autres pendant cinq ou six jours seulement. L'acétophénone était administrée par la bouche, en deux prises, le soir avant le coucher.

On n'a obtenu le sommeil que dans deux cas (illusions viscérales et une démence par alcoolisme).

En résumé, d'après Mairet et Combemale, l'acétophénone n'est pas un hypnotique. A. C.

Digitized by Google

Ueber den Einfluss des salicylsauren Natrons (Influence de salicylate de soude sur l'élimination de l'azote et de l'urée chez l'homme), par SALOMÉ (*Wien. med. Jahrb.*, *p.* 463, 1885).

Expériences faites par l'auteur sur lui-même :

Les petites doses de salicylate de soude n'augmentent pas la quantité d'azote éliminée. De fortes doses au contraire augmentent cette quantité d'une façon très nette ; mais, à la suite, il se produit dans l'élimination une réduction qui compense cet excès.

L'élimination de l'urée diminue légèrement sous l'influence du salicylate à faible dose. Elle augmente d'abord pendant une courte période de temps sous l'influence de fortes doses, mais ensuite elle diminue pendant longtemps.

Ces résultats sont analogues à ceux qu'on obtient chez le chien.

L. GALLIARD.

Ueber die Veränderungen verschiedener Quecksilberverbindungen im thierischen Organismus (Des modifications de divers composés mercuriels dans l'organisme animal), par FLEISCHER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 36, 1885).

Voici les résultats des expériences de l'auteur :

En présence du chlorure de sodium, le calomel, presque insoluble dans l'eau pure, se dissout en petites masses et se transforme en sublimé.

La formation de sublimé est favorisée par les températures élevées. Les masses de sublimé sont faibles, mais évidentes.

La solution d'acide chlorhydrique à 0.25 0/0 ne détermine la transformation en sublimé que de très faibles quantités de calomel.

Au contact de l'iodure de potassium, le calomel donne du biiodure de mercure uni à l'iodure de potassium, et du mercure métallique. Le sel double est soluble dans un excès d'iodure de potassium, mais dans l'eau il se décompose en biiodure de mercure et en iodure de potassium.

L'oxyde de mercure forme avec le chlorure de sodium du sublimé et de la lessive de soude.

L. GALLIARD.

Death after use of antipyrine (Mort due à l'antipyrine), par BARRS (*The Lancet*, 28 *février* 1885).

Une femme de 35 ans est apportée à l'hôpital, malade depuis six semaines à la suite d'une fausse couche. On constate un état infectieux, sorte de fièvre puerpérale subaiguë avec douleurs abdominales, vomissements et diarrhée, affaiblissement général très marqué. Le jour de l'entrée, la température atteint 39°,4 ; on administre du sulfate de quinine sans résultat appréciable. Deux jours après, T. 39°,6, P. 132, R. 36 ; on administre à trois heures de l'après-midi 2 grammes d'antipyrine et trois heures plus tard une seconde dose moitié moindre. A onze heures du soir la température est descendue à 37°, mais le pouls reste à 132 ; la malade a toute sa connaissance ; pendant la nuit elle ne dort pas, il y a des vomissements et de la diarrhée, puis des sueurs froides et une pâleur extrême des téguments. Peu à peu la malade tombe dans l'état léthargique et meurt trente-deux heures après l'administration du médicament, sans avoir repris possession d'elle-même.

A l'autopsie : rate tuméfiée, avec infarctus volumineux ; quelques petits infarctus dans les reins. L'auteur n'hésite pas à attribuer la mort au collapsus causé par l'antipyrine.

H. B.

Digitized by Google

Empoisonnement par la cocaïne ; son antidote, par SCHILLING (*Aerztl. Int. Blatt*, *n°* 52, 1885).

Un dentiste fait chez une jeune femme de 28 ans, enceinte de sept mois, une injection de deux gouttes d'une solution à 20 0/0 de cocaïne, pour l'avulsion d'une dent. A la fin de l'opération, la malade a les yeux hagards, puis tombe absolument inerte, ne pouvant crier; la respiration était assez calme, le pouls régulier. Une injection d'éther n'amena aucun changement dans cet état. Schilling fit alors inhaler du nitrite d'amyle, et à la seconde inhalation la malade revint à elle. A. C.

Sur l'empoisonnement par quelques espèces de cytises, par Ch. CORNEVIN (*C. R. Acad. des sciences*, 29 *mars* 1886).

Sur dix espèces de cytises étudiées par Cornevin, deux sont dépourvues de propriétés nuisibles, cytisus sessilifolius et cytisus capitatus; deux en possèdent à un faible degré, cytisus nigricans et cytisus supinus; six sont très vénéneuses, cytisus laburnum, alpinus, purpureus, Weldeni, biflorus et elongatus. Le principe toxique se trouve surtout dans l'écorce de la racine, les graines, les fleurs.

L'extrait de cytise, à très petite dose, est un excitant; à faible dose, l'excitation est remplacée par du coma avec nausées et vomissements. Si la dose est plus forte, cette période de coma avec vomissements survient presque de suite, et elle est suivie de convulsions, de mouvements choréiques, de crampes avec sueurs; la mort arrive peu après par arrêt de la respiration, d'abord, puis du cœur. Les rongeurs résistent à des doses très considérables du poison parce que l'élimination se fait au fur et à mesure par la suractivité de la fonction urinaire. Le poison se localise sur les centres nerveux et spécialement le bulbe. A. C.

Ein Fall von schwerer Vergiftung mit Cyankalium, Ausgang in Genesung (Empoisonnement grave par le cyanure de potassium; guérison), par QUINTIN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 8, *p.* 120, 23 *février* 1885).

Un ouvrier robuste, âgé de 25 ans, immédiatement après avoir déjeuné, avale, dissoute dans 150 grammes d'eau, une quantité de cyanure de potassium qu'on peut fixer entre 1 gramme et 1 gramme 1/2. Il tombe sans connaissance et a bientôt des vomissements profus. Une heure après l'empoisonnement, coma profond. Téguments froids et visqueux; cyanose intense de la face. Issue de mucosités filantes par la bouche et le nez. Yeux à demi fermés et tournés en haut. Pupilles médiocrement dilatées. Abolition complète du réflexe cornéen. Trismus. Pas d'escharification dans la cavité leucopharyngée, qui est rouge. Membres complètement flasques. Perte absolue de la sensibilité cutanée et des réflexes tendineux. Pas trace de mouvements convulsifs.

Respiration stertoreuse et très lente; tous les trois quarts de minute, se produit une inspiration brusque, tétanique, prolongée, accompagnée d'un fort râle trachéal; après une pause plus longue qu'à l'état normal, l'expiration suit, sans que les muscles semblent y prendre part. Pouls dur, plein et ne battant guère plus de 50 fois par minute. Bruits cardiaques un peu irréguliers. La température du corps n'a pas été mesurée.

Respiration artificielle d'après la méthode de Sylvester. Au bout d'un quart d'heure, pas de résultat sensible. Électrisation du nerf phrénique continuée pendant une demi-heure sans obtenir plus de deux respirations par minute.

Digitized by Google

Après une heure et demie d'électrisation, quatre respirations par minute, inspirations moins saccadées et réapparition d'une certaine sensibilité de la cornée. Dans l'intervalle, le pouls était devenu fréquent (100) et presque filiforme. Collapsus intense.

Injections sous-cutanées successives de 12 grammes d'éther et de 1gr,30 de camphre. Les symptômes d'œdème pulmonaire devenant inquiétants, bain à 34° Réaumur avec affusions froides. Immédiatement les mouvements respiratoires deviennent plus amples, le pouls meilleur, et l'on put faire ingurgiter quelques gouttes de vin. Reporté dans son lit après une demi-heure de séjour dans le bain, l'homme ouvre les yeux quand on lui parle et prononce quelques mots inintelligibles. Les inspirations sont maintenant de 18 par minute; les râles pulmonaires à peu près disparus; la température 37°,6.

Le malade dort alors une heure et demie et en se réveillant il a sa complète connaissance. Le quatrième jour, départ de l'hôpital.

Dans le cas présent, le malade avait absorbé une dose de cyanure environ décuple de celle qui est regardée comme mortelle. L'heureuse terminaison tient, en premier lieu, à ce que le poison a été ingéré quand l'estomac était plein d'aliments et qu'en outre une partie a été vomie immédiatement. Mais il faut noter aussi que, malgré que l'état du malade ne semblait pas laisser d'espoir, la respiration a été entretenue artificiellement durant près de deux heures et le collapsus énergiquement combattu. J. B.

I. — Carbolsäure-Intoxication (Empoisonnement par l'acide phénique), par LIMAN (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 45, p. 725, 10 novembre* 1884).

II. — Carbolismus acutus. Versehen oder Selbstmord ? par E. ZURCHER (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n° 18, p. 441, 15 septembre* 1885).

III. — Resorption der Carbolsäure, par A. BAADER (*Idem, n° 11, p. 279, 1er juin* 1885).

IV. — Case of carbolic acid poisoning, par Will. HUNTER (*Edinb. med. journ., p. 790, mars* 1885).

I. — La dose d'acide ingérée est restée inconnue. La mort a eu lieu en 20 minutes.

A l'autopsie, la muqueuse buccale était intacte. Les altérations commençaient au niveau du tiers supérieur de l'œsophage, sous forme d'une opacité qui allait en augmentant plus bas.

L'estomac offrait à peu près le même aspect que dans l'empoisonnement sulfurique : des escarres blanches de la muqueuse tandis que la couche sous-muqueuse était à peine atteinte. La région pylorique était peu lésée, au contraire la muqueuse duodénale présentait des altérations considérables.

II. — Homme de 43 ans trouvé étendu sur le sol, sans connaissance, les membres agités de quelques mouvements convulsifs; saignant par la bouche, grâce à une morsure de la face interne de la lèvre inférieure; cyanosé, respirant laborieusement, les dents serrées avec un pouls filiforme et des pupilles dilatées et paresseuses.

En le portant dans son lit, il succomba malgré la respiration artificielle et une saignée.

A l'autopsie : congestion de tous les viscères; sang noir. L'estomac contracté contenait 3 décilitres d'un liquide épais, couleur chocolat, exhalant une odeur intense d'acide phénique. La muqueuse gastrique était hypérémiée d'une façon uniforme; sur un fond rouge brun, on voyait par places des points escarrifiés, mais aucune perforation. Le commencement de l'intestin

Digitized by Google

grêle offrait les mêmes lésions. Les lèvres et la langue étaient intactes. Les reins congestionnés exhalaient l'odeur phéniquée.

III. — Par erreur, une malade atteinte de sciatique est frictionnée à deux reprises, vers 1 et 7 heures du soir, au niveau du sacrum et de la cuisse (dont la peau était parfaitement intacte), avec une cuillerée à café d'une solution à 50 0/0 de glycérine phéniquée.

Localement, elle fut prise d'un érythème intense qui s'étendit sur le dos, le ventre et les jambes.

Dans la nuit suivante, elle offrit du stertor, du refroidissement et du collapsus; sans avoir complètement perdu connaissance, elle répondait avec difficulté et lenteur.

Grâce à l'emploi des stimulants, le lendemain matin la malade n'offrait plus qu'une grande faiblesse, un pouls très fréquent, petit, à peine perceptible, une température de 35°,6 et une urine colorée en vert noirâtre. Le rétablissement fut rapide; le 3e jour, la teinte anormale des urines se reconnaissait encore à l'œil. J. B.

IV. — Une femme de 47 ans, prise de boisson, avale par mégarde un verre d'acide phénique presque pur : immédiatement elle éprouve une sensation brûlante à la gorge et à la bouche, et moins d'une demi-heure après tombe dans le coma (face livide, pupilles contractées, respiration fréquente non stertoreuse, haleine sentant fortement l'acide phénique, pouls à 120°, faible, mais régulier).

L'auteur, appelé une heure après l'accident, introduit une sonde œsophagienne dans l'estomac, et lave largement l'estomac avec de l'eau chaude d'abord, puis de l'huile d'olive; enfin avec du bicarbonate de soude, pour entraîner l'acide phénique et neutraliser son acidité. Sous l'influence de ces lavages, des mucosités noirâtres sont évacuées en grande abondance, mais l'état général reste aussi mauvais et la mort paraît imminente. Cependant, une heure après, la malade commence à reprendre ses sens : son pouls devient plus lent (96) et plus fort, des vomissements se produisent, ainsi que des garde-robes noirâtres; pour la première fois, le lendemain matin, elle émet une petite quantité d'urine noire, sans albumine ni sang. La teinte de l'urine persiste encore deux jours : après quoi, tous les symptômes d'empoisonnement disparurent au bout d'une semaine. Pas d'indication sur l'état de la température centrale et périphérique. H. R.

I. — **Letale Iodoformvergiftung von der Vagina... (Empoisonnement mortel par de l'iodoforme en topique dans le vagin), par E. SCHWARZ** (*Berliner klinische Wochens.*, *n*° 7, *p.* 99, 16 *février* 1885).

II. — **Ueber die Iodausscheidung im Harn bei Vergiftungen nach Iodoformanwendung (De l'élimination de l'iode par les urines dans les empoisonnements dus aux pansements à l'iodoforme), par ERICH HARNACK** (*Ibidem, p.* 98).

I. — Femme de 61 ans, ayant déjà à plusieurs reprises été soignée pour un trouble mental. Atteinte depuis huit ans d'un prolapsus complet de l'utérus et du vagin.

Colporraphie double avec périnéorraphie. Pansement avec une quantité d'iodoforme ne dépassant pas 3 ou 4 grammes, outre un morceau de gaze iodoformée.

Soixante heures après l'opération, la malade, sans aucune élévation de température ni accélération du pouls, refuse aliments, boissons et médicaments, craignant qu'on l'empoisonne.

Puis elle est prise d'un violent état maniaque. Les plaies opératoires du vagin et du périnée sont lavées avec une solution de permanganate de potasse et on enlève soigneusement avec le doigt ce qui restait d'iodoforme. Le len-

Digitized by Google

demain, même état d'agitation, température 39°,5. Pouls ne dépassant pas 60.

L'urine examinée par Harnack contient de l'iode en abondance.

Le surlendemain, raideur de la nuque et trismus. Pouls à 80. Mort dans le collapsus le sixième jour.

Autopsie. Cœur volumineux. Rien d'anormal dans l'abdomen. Rein gauche complètement atrophié; le bassinet gauche contient des calculs; l'uretère gauche est oblitéré.

Rein droit simplement hypertrophié. Sclérose des gros vaisseaux de l'encéphale.

Schwarz a observé quelques accidents d'intoxication iodoformique dans une autre opération de colporraphie.

II. — Deux nouveaux cas d'empoisonnement à la suite de l'emploi de l'iodoforme comme topique (dont l'un mortel dû à E. Schwarz) ont fourni à Harnack l'occasion de vérifier la justesse de son hypothèse sur le mécanisme de l'empoisonnement par l'iodoforme (*R. S. M.*, XXIII, 449) : selon lui, il n'y a intoxication qu'autant que l'iode au lieu d'être éliminé sous forme d'iodures alcalins, l'est sous forme de composés organiques qu'on retrouve alors dans les cendres de l'urine calcinée avec de la soude.

Chez la malade de Schwarz qui a succombé, l'urine renfermait la plus forte proportion d'iode que Harnack ait encore constatée chez l'homme, soit 0gr,6906 d'iodure de potassium par litre; mais il n'y en avait guère qu'un cinquième passé dans les urines à l'état d'iodures; le reste ne fut décelé que par la combustion de l'urine.

Après la mort, le foie n'en contenait pas du tout, mais bien l'encéphale (fait déjà mentionné par Harnack). Mais tandis que le cerveau proprement dit n'en renfermait que des traces impondérables, le cervelet en offrait 0,0203 0/0. Evidemment cette localisation de l'iode explique la prédominance des symptômes cérébraux dans les cas d'empoisonnement chez l'homme; au contraire, chez les animaux, on note la dégénération graisseuse du foie, viscère dans lequel l'iode s'accumule de préférence.

L'autre cas d'empoisonnement observé par Harnack s'est terminé favorablement malgré la violence des phénomènes d'excitation du système nerveux central. Chez cette femme, les urines renfermaient par litre 0gr,3033 d'iodure potassique, mais les trois quarts de cette masse furent retrouvés à l'état métallique. Donc ici, non seulement la quantité totale d'iode était très inférieure à celle du cas précédent, mais surtout, ce qui est plus important, la proportion éliminée à l'état d'iodures alcalins était beaucoup plus considérable.

Contre les accidents d'empoisonnement, il y aurait lieu d'administrer par la voie stomacale des alcalis végétaux, tels que l'acétate de potasse, ou d'injecter directement dans la circulation des solutions alcalines de sel marin, afin de favoriser l'élimination de l'iode. Peut-être aussi serait-il bon, après avoir enlevé tout l'iodoforme du pansement, de ne pas laver la plaie avec du permanganate de potasse, mais bien avec un carbonate alcalin, ou bien de la saupoudrer de magnésie calcinée.

Il semble que l'intoxication se produise surtout lorsque le médicament a été appliqué dans le vagin. Cela peut tenir en partie à ce qu'il est difficile d'enlever complètement l'iodoforme que recèlent les plis de la muqueuse, mais aussi à la réaction acide des sécrétions vaginales qui met obstacle à la transformation de l'iode en iodure alcalin. En tout cas, il

Digitized by Google

est bon de ne pas se servir pour le vagin d'iodoforme finement pulvérisé dont l'enlèvement est trop difficile. J. B.

THÉRAPEUTIQUE.

I. — De l'influence des bains de mer sur la scrofule des enfants, par H. CAZIN (*Paris, in-8° de 600 pages*, 1885).

II. — La scrofule et les bains de mer, par C. van MERRIS (*Paris, in-8°, 650 p.*, 1886).

Voici deux ouvrages également consciencieux et recommandables, riches de documents et de faits, et dont nous ne saurions trop conseiller la lecture, l'analyse complète de travaux de cette importance étant forcément impossible.

I. — Cazin, que sa situation à l'hôpital de Berck place dans des conditions exceptionnelles de compétence, vient de publier un plaidoyer magistral et une œuvre scientifique de premier ordre en faveur des bains de mer. Après avoir étudié, dans un intéressant chapitre, la constitution spéciale de l'air et du climat marin, et celle, plus complexe encore, de l'eau de mer, il montre tout l'usage thérapeutique que l'on peut faire de ces deux facteurs, suivant qu'on emploie l'eau en bains chauds ou froids, en lotions ou en affusions, en pulvérisations ou en irrigations. Chemin faisant, il traite de l'action du bain de sable et du bain de vase.

La condition fondamentale d'une plage pour les scrofuleux doit être celle-ci : Loin des villes, et non pas dans la ville. Ceci est plus important que la question de chaleur ou de froid : les scrofuleux se trouvent aussi bien de nos plages du Pas-de-Calais que de celles de Provence.

Pour le détail des affections strumeuses, les statistiques de Cazin offrent un intérêt et une valeur considérables. On peut les résumer ainsi : le traitement marin améliore plutôt les scrofulides profondes que les superficielles. Ainsi, tandis que certaines manifestations cutanées, telles qu'eczéma, engelures, et surtout blépharites, sont peu modifiées, souvent même exaspérées par l'eau de mer, par contre, les catarrhes chroniques des muqueuses, les hypertrophies tonsillaires, les engorgements ganglionnaires et par-dessus tout les affections ostéo-articulaires sont merveilleusement modifiés. 75 0/0 des ostéites et des périostites guérissent. On lira avec intérêt les relevés concernant le mal de Pott avec ou sans abcès par congestion, qui donnent plus de moitié de guérisons; et les statistiques de la coxalgie, qui, sur 619 cas, donnent 397 cas de curation définitive. Par contre, il ressort de ces chiffres que, dans la syphilis héréditaire scrofuloïde, les bains de mer modifient peu l'état des lésions osseusses et parfois même l'aggravent. C'est là une contre-indication importante et peu connue de la thalassothérapie.

La seconde partie de l'ouvrage est une description très complète de tous les hôpitaux maritimes créés pour les scrofuleux dans les divers

Digitized by Google

pays du monde. C'est l'Angleterre qui a fondé le premier de ces sanatoria, l'infirmerie royale de Margate : depuis, tous les pays d'Europe ont suivi ce modèle, et c'est aujourd'hui l'Italie qui est en tête de ces créations d'hygiène hospitalière, avec 24 stations maritimes, alors que la France n'en possède que 7, dont une seule, Berck, dépend de l'Assistance publique. Nous ne pouvons suivre l'auteur dans les détails comparés de ces divers hôpitaux; nous nous contentons d'y renvoyer le lecteur.

II. — L'ouvrage de Van Merris est conçu suivant un plan plus académique et plus précis; mais il est peut-être moins riche en résultats d'expérience personnelle. L'auteur s'applique à démontrer l'influence des bains de mer sur la scrofule par trois ordres de preuves : historiques, rationnelles et cliniques. Après un court aperçu de la thalassothérapie chez les anciens, il passe en revue les établissements maritimes actuellement existants à la surface du globe. On lira avec intérêt les humbles débuts de l'hôpital de Berck, et les succès obtenus dans le petit hospice baraqué qui en a été la première origine, ainsi que les progrès des établissements similaires en Italie, en Hollande, en Danemarck et en Allemagne.

Le second livre de l'ouvrage esquisse, sans y insister suffisamment, croyons-nous, les grandes et difficiles questions des rapports de la scrofule et de la tuberculose, que Cazin ne soulève même pas. L'auteur incline évidemment à identifier la tuberculose et la scrofule, tout en considérant cette dernière comme impliquant un terrain particulièrement favorable à l'éclosion de la bacillose. Il montre, par la distribution géographique de la scrofule, les progrès de cette maladie s'accentuant à mesure que l'on s'éloigne des côtes, et cite, en sa qualité de médecin militaire, des statistiques très curieuses pour les mêmes départements suivant les arrondissements, tirées des opérations des conseils de revision. D'autre part, il fait voir par des chiffres empruntés aux relevés des hôpitaux maritimes de tous les pays, et aux documents fournis par les médecins militaires au conseil de santé, que la médication marine exerce une incontestable influence sur la scrofule, en diminuant le nombre de ceux qui en sont atteints, et en atténuant ses manifestations.

C'est cette troisième preuve, tirée des faits cliniques, qui constitue le chapitre le plus important de l'ouvrage. L'auteur aborde successivement toutes les manifestations de la scrofule sur les appareils, les viscères, les os, les ganglions, les régions, etc., et, statistiques en main, montre l'action indéniable du traitement maritime. Chacun de ces chapitres secondaires est complété par un index bibliographique soigné, qui facilite singulièrement les recherches de contrôle. La dernière partie de l'ouvrage est consacrée à l'application de la médication marine et aux divers moyens d'utiliser l'eau de mer comme agent thérapeutique.

H. R.

Alcune osservazioni su speciali forme di bagni (Observations sur les bains), par RAGAZZI (*Rivista clin. di Bol.*, *avec* 6 *tracés*, *octobre* 1885).

Dans les premiers moments du bain froid, il y a augmentation de la pression artérielle produite par le spasme des vaisseaux périphériques et aussi par la prédominance des moments d'inspiration, qui deviennent

Digitized by Google

plus amples; en même temps il y a augmentation des battements cardiaques. Il y a ensuite diminution de la pression artérielle par prédominance de l'expiration, diminution des battements cardiaques et du spasme artériel. Au bout d'un certain temps la réaction commence, les mouvements d'inspiration prédominent, la pression artérielle augmente, d'où la sensation de chaleur et de bien-être qui toujours succède à un bain réglé suivant les lois de l'hygiène hydrothérapique. F. BALZER.

I. — **Cocaine in seasickness (Cocaïne contre le mal de mer), par LILIENTHAL** (*New York med. journ.*, *p.* 524, 7 *novembre* 1885).

II. — **Seasickness and its treatment (Traitement du mal de mer), par A. KESSLER** (*New York med. journ.*, 31 *octobre* 1885).

I. — L'auteur reconnaît à la cocaïne une efficacité que n'ont pas les bromures; il l'a expérimentée sur lui-même et trouve que c'est le remède par excellence. Mais il faut l'employer à doses répétées (solution au 500e ou au 1000e).

II. — Courte note dans laquelle l'auteur proteste contre la soi-disant efficacité de la cocaïne contre le mal de mer. Il l'a essayée à maintes reprises; on prévient le vomissement, mais cet inconvénient est largement compensé par la perte d'appétit, la répugnance pour tout aliment, l'inertie des voies digestives.

Les moyens les plus sûrs sont le chloral à doses modérées, l'abstinence totale de l'usage des excitants et stimulants. (Voy. *R. S. M.*, XXVII, 504). A. C.

I. — **Note on antipyrine, par John-K. MITCHELL** (*Therapeutic Gazette*, *n°* 3, *p.* 176, 1885).

II. — **Antipyrine, par Jos. Xav. ZITEKE** (*Therapeutic Gazette*, *n°* 8, *p.* 517, 1885).

I. — L'auteur a analysé 15 cas tant dans son service que dans ceux de Morris, J. Levis et Henry M. Fischer; ils se décomposent en six de fièvre typhoïde, trois de phtisie avancée, un de phtisie au début, un de fièvre intermittente, un de dysenterie et un de fièvre traumatique consécutive à une opération. La dose ordinaire a été de 0gr,50 dans du sirop de gingembre. La dose a été donnée à courts intervalles, souvent d'heure en heure.

Les doses furent le plus souvent répétées une heure et deux heures après la première administration. Dans un cas, des sueurs abondantes, des troubles du rythme cardiaque, des vomissements opiniâtres persistèrent douze heures.

Dans aucun autre cas il ne s'est produit d'effets pénibles, si ce n'est une légère sueur. Deux fois seulement la chute de la température ne s'est pas produite ou du moins n'a pas persisté.

L'auteur n'a pas vu la température baisser après de fortes doses ni plus vite ni d'une manière plus durable qu'après de modérées. L'antipyrine semble ne jamais avoir d'influence sur l'évolution ordinaire de la fièvre. Mais la température moyenne paraît avoir été constamment plus basse au bout de quelques heures. H. CHOUPPE.

II. — L'auteur a été complètement satisfait de ses recherches sur l'antipyrine qu'il a employée dans des cas graves : deux pneumonies

Digitized by Google

lobaires, une pleurésie traumatique, une endocardite rhumatismale, un cas de néphrite scarlatineuse. Dans toutes ces maladies, l'antipyrine a produit la défervescence attendue. Dans un seul cas, celle-ci est descendue au-dessous de la normale. Ziteke administre le médicament en trois doses à une heure d'intervalle. La dose usuelle est de 0gr,06 à 0gr,075, mais dans quelques cas on commence par 0gr,12 pour revenir à 0gr,06 dans les prises suivantes. Dans certains cas, il a administré 0gr,60 dans les trois doses. Il a eu le plus grand soin de ne jamais administrer en même temps une autre substance médicamenteuse dont les effets auraient pu se confondre avec ceux de l'antipyrine, ainsi que cela a été fait trop souvent. Dans toutes ses observations, l'antipyrine a produit non une défervescence brusque avec commotion, mais un abaissement graduel accompagné d'une transpiration favorable. L'antipyrine ne provoque aucun phénomène dangereux ou alarmant; les vomissements qui ont été constatés quelquefois ne sont pas attribuables au médicament, mais ne se produisent que sous l'influence de la maladie. On ne voit pas ici ce collapsus qu'on observe souvent dans l'emploi de la kairine et dans un cas où la température était descendue au-dessous de la normale, elle a rapidement repris son degré. La méthode hypodermique qu'il a appliquée plusieurs fois est facile, et ce n'est que dans de rares observations qu'on signale de petits abcès au niveau de la piqûre. Ces périodes de sueur qu'on constate souvent avec la kairine et autres substances ne se montrent pas avec l'antipyrine. Les éruptions qu'on observe avec d'autres substances peuvent aussi accompagner l'usage prolongé de l'antipyrine, elles se présentent sous forme de rougeole, de scarlatine, d'urticaire. Dans tous les cas, elles sont sans gravité et disparaissent vite. En résumé, dit Ziteke, c'est un antipyrétique utile dont l'effet est certain, l'emploi sans dangers, et qui donnera des avantages marqués. H. CHOUPPE.

Zur Kenntniss des Antipyrins, par BETTELHEIM (*Wien. med. Jahrb.*, *Heft II*, *p.* 263, 1885).

L'auteur a fait ses expériences sur des chiens curarisés en injectant sous la peau ou dans la veine jugulaire la solution d'antipyrine.

Immédiatement après l'injection (trente secondes au plus tard) il constate un abaissement passager de la pression sanguine, puis, très rapidement, une élévation de la pression, et enfin un abaissement prolongé.

Chez les chiens curarisés, dont on a élevé la température au moyen de l'air chaud, on constate que l'antipyrine détermine l'élévation de la température de la peau et l'abaissement de la température centrale, mesurée dans le rectum.

L'influence de l'antipyrine sur la température centrale est donc due à la dilatation des vaisseaux cutanés.

L'auteur n'a pas observé d'action nuisible du médicament sur le cœur.

L. GALLIARD.

Digitized by Google

I. — De l'antipyrine dans la thérapeutique infantile, par MONCORVO (*In-8, Paris*, 1886).

II. — La antipyrina en las enfermedades de la infancia, par CALATRAVENO (*Arch. de med. y cirugia de los ninos*, 31 *mai* 1885).

I. — Moncorvo a employé l'antipyrine dans une centaine de cas de maladies infantiles, comprenant surtout des affections des voies respiratoires, de l'impaludisme et du rhumatisme. Il considère ce médicament comme le plus puissant et le moins dangereux des antipyrétiques employés chez les enfants; la défervescence, à la suite de son administration est toujours assez rapide. Dans les cas de tuberculose, la nutrition est souvent améliorée.

Dans l'impaludisme, l'antipyrine est très efficace, en favorisant d'une part l'élimination par la transpiration et en facilitant l'absorption de la quinine. Dans les cas de rhumatisme, son action n'a pas donné de résultats bien différents de ceux fournis par le salicylate de soude.

D'une façon générale, la défervescence a eu une durée variant de 6 à 24 heures; les sueurs et les vomissements n'ont jamais été très accusés et Moncorvo n'a pas observé de phénomènes d'adynamie, chez les sujets les plus jeunes (un enfant de 13 jours).

Au point de vue physiologique, Moncorvo a constaté que la diminution de la fréquence du pouls n'est presque jamais en proportion de l'abaissement de la température; que la respiration ne subit pas de modification appréciable, et que la secrétion urinaire est un peu diminuée. Il n'y a pas d'albuminurie, même transitoire, après l'administration de l'antipyrine. Moncorvo admet que le médicament amène une modification dynamique du centre calorigène de la moelle.

La méthode hypodermique lui paraît la méthode de choix pour les enfants.

Dans un chapitre annexe, l'auteur étudie l'action de la thalline et ne lui reconnaît aucune supériorité sur l'antipyrine.

II. — Calatraveno a administré avec succès l'antipyrine dans les maladies fébriles de l'enfance et il n'a jamais observé d'inconvénients résultant de son emploi.

A. CARTAZ.

Two cases of antipyrin-rash (Deux cas d'éruption consécutive à l'administration de l'antipyrine), par J.-E. BLOMFIELD (*The Practitioner, avril* 1886).

Les faits rapportés par l'auteur diffèrent des cas de ce genre publiés jusqu'ici, en ce que l'éruption a été déterminée par de très faibles doses, sans aucun phénomène concomitant.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 28 ans atteint de phtisie aiguë. L'expectoration était abondante et la température oscillait entre 39 et 40°. Il existait un souffle systolique à la pointe du cœur, et la matité du foie était considérablement augmentée. Il y avait enfin envahissement du larynx par la tuberculose. L'antipyrine fut administrée d'abord à la dose de 7 grains, puis progressivement à celle de 12 grains trois fois par jour. Au bout de treize jours de ce traitement, apparut une éruption occupant symétriquement la partie antérieure des genoux; cette éruption consistait en des taches érythémateuses, rouges, légèrement saillantes et disparaissant complètement à la pression. On apercevait en outre çà et là quelques petites

Digitized by Google

vésicules. Malgré la cessation du médicament, l'éruption s'étendit aux cuisses, aux jambes, puis à toute la surface du corps, en s'accentuant surtout du côté de l'extension. Le seul inconvénient éprouvé par le malade fut un prurit assez intense qui s'atténua en même temps que l'éruption.

Le second fait est celui d'un jockey de 36 ans atteint également de tuberculose aiguë étendue aux deux poumons. Après l'avoir soumis pendant un certain temps à la quinine et à la thalline, on administra l'antipyrine comme dans le premier cas. Pendant les deux premiers jours, il y eut une diminution sensible de l'ascension vespérale; mais cela ne dura pas et bientôt la température se remit à monter comme par le passé. D'autre part, la rémission matinale fut toujours moins marquée que pendant l'administration de la thalline, laquelle faisait parfois tomber le thermomètre à 37°, alors qu'il s'élevait le soir à 40°.

Au bout de dix jours de traitement par l'antipyrine, survint une éruption tout à fait semblable à celle du premier malade, avec cette différence qu'il n'y avait ni vésicules, ni prurit. Elle ne s'étendit pas à la poitrine et au tronc; en revanche, elle envahit les bras et la face. Comme dans le premier cas, il y eut une légère desquamation furfuracée. GASTON DECAISNE.

Ueber erfolgreiche Anwendung des Arbutins... (Heureux effets de l'arbutine glycoside tiré des feuilles d'uva ursi, dans une cystite chronique), par UNGAR (*Berliner klinische Wochens.*, *n°* 43, *p.* 692, 27 *octobre* 1884).

Homme de 68 ans, affecté d'une hypertrophie prostatique. Le cathétérisme, répété quotidiennement depuis neuf ans, a provoqué un catarrhe vésical qui, malgré tous les traitements, est devenu de plus en plus intense. Le malade a, en outre, depuis cinq ans, des hémorragies vésicales qui, depuis un an, reviennent toutes les semaines en durant deux ou trois jours.

Ungar lui fait prendre pendant quatre jours 0gr,5 de poudre d'arbutine trois fois par jour; puis 1 gramme trois fois par jour, sans autre médicament ni injection.

Au bout de peu de semaines, l'urine était redevenue presque normale comme composition et odeur; les hémorragies et le ténesne vésical avaient disparu.

J. B.

A new remedy in cystitis and lithiasis; pichi, par Hal.-C. WYMANN (*Therap-Gaz.*, 15 *avril* 1886).

Wyman a employé avec succès l'extrait fluide de pichi (fabiana imbricata) dans la cystite chronique et la lithiase urinaire.

Une femme de 23 ans, ayant subi la divulsion du col vésical, pour des accidents de gonorrée chronique, eut à la suite une cystite grave et rebelle à tout traitement. L'extrait de pichi à la dose de 15 gouttes toutes les trois heures amena un soulagement extrêmement rapide.

Quatre autres observations similaires. A. C.

De la naphtaline dans la dysenterie, par NOVIKOFF (*Voenno Sanit. Delo*, *n°* 46, 1885).

Relation de douze cas de dysenterie traités par la naphtaline, à la dose de 25 centigrammes, répétée trois à six fois par jour. Chez tous les malades, on a noté le premier ou le deuxième jour le soulagement de la douleur et du ténesme. A. C.

Digitized by Google

I. — Beiträge zur Pathologie und Therapie der Schrumpfniere (Traitement de la néphrite interstitielle), par ROSSBACH (*Berliner klinische Woch., n° 42, p.* 679, 20 *octobre* 1884).

II. — Wirkt die Herzhypertrophie und Blutdruckerhöhung bei Nierenschrumpfung... (L'hypertrophie du cœur et l'augmentation de pression sanguine sont-elles réellement des lésions compensatrices dans la néphrite interstitielle? Traitement de cette maladie par la nitroglycérine), par M.-J. ROSSBACH (*Ibidem, n° 3, p.* 33, 19 *janvier* 1885).

I-II. — Des heureux effets de la nitroglycérine sur quelques-uns des symptômes de la néphrite interstitielle, Rossbach conclut, contrairement à l'opinion admise, que l'augmentation de la pression sanguine, bien loin d'être une compensation de la lésion rénale est la cause directe d'une série de phénomènes graves dont la disparition n'a que de bons résultats pour le malade. Ainsi dans plusieurs cas relatés par Rossbach, la nitroglycérine a fait cesser ou considérablement diminuer la dyspnée, les troubles visuels, la céphalalgie, etc., et, nonobstant l'abaissement de la pression sanguine provoqué par le médicament, la quantité des urines a plutôt augmenté.

Rossbach prescrit la nitroglycérine en trochisques de 0,0005 à 0,001 au nombre de 10 à 15 par jour, que le malade prend d'heure en heure. Voici comment il conseille de préparer la masse médicamenteuse : on dissout un décigramme de nitroglycérine dans l'éther et on l'incorpore à 200 grammes d'un mélange formé pour deux tiers de poudre de cacao et un tiers de gomme arabique. Lorsque l'éther s'est évaporé, on remue ce mélange pulvérulent avec la quantité d'eau suffisante pour donner une bouillie épaisse qu'on divise en trochisques renfermant les quantités de nitroglycérine indiquées ci-dessus.

Rossbach engage vivement les médecins à faire dans leur clientèle privée des essais avec ce médicament. Chez les malades de l'hôpital, il amène si rapidement une si grande amélioration, qu'on ne réussit pas à les convaincre de la nécessité d'en continuer l'usage.

Rossbach a essayé également 3 autres médicaments qui abaissent la pression sanguine : les nitrites d'amyle, de sodium et de potassium ; mais à cause de leurs effets toxiques, aucun n'est recommandable à la longue. J. B.

Nitro-glycerin in the cold stage of intermittent fever (De la nitro-glycérine dans la période de frisson de la fièvre intermittente), par Charles WEIL (*Therapeutic gazette, p.* 225, *avril* 1885).

L'auteur a employé avec un succès complet la nitro-glycérine dans le stade de frisson de la fièvre intermittente. Il donne de préférence une solution alcoolique ou éthérée. Il injecte sous la peau du bras deux gouttes d'une solution au centième de nitro-glycérine étendue dans quinze gouttes d'eau. Comme les effets sont rapides et énergiques, il pratique avant, pour prévenir l'excitation, une injection sous-cutanée de morphine. H. CH.

Digitized by Google

Zur Behandlung der Chorea minor (Contribution au traitement de la chorée), par WIDERHOFER (*Wiener mediz. Blaetter, n° 1, 1886*).

L'auteur a expérimenté sur 23 enfants atteints de chorée, dans la période d'état, les injections hypodermiques de la solution arsenicale de Fowler. Cette solution était mélangée de parties égales d'eau distillée et filtrée avant chaque injection. On commençait par injecter la quantité correspondant à une division de la seringue de Pravaz et on augmentait tous les jours d'une division jusqu'à la 8e et même à la 10e division, pour redescendre ensuite progressivement.

Les enfants supportaient fort bien ces injections; chez 3 autres enfants, sur lesquels les injections avaient déterminé des abcès, on a donné la liqueur de Fowler intérieurement. On a pu ainsi constater que les injections agissaient bien plus rapidement, car déjà au bout de 1 à 2 semaines on observait une amélioration frappante et chez 22 enfants sur 23 la guérison complète à la fin du traitement, c'est-à-dire au bout de 3 à 4 semaines. M. SCHACHMANN.

Ueber Keuchhusten-Behandlung (Traitement de la coqueluche), par MICHAEL (*Deutsche med. Woch., p. 74, 1886*).

Considérant la coqueluche comme une névrose réflexe ayant pour point de départ la muqueuse nasale, l'auteur traite l'affection par l'insufflation de poudres dans la cavité du nez. Il emploie soit des poudres actives comme l'iodoforme, l'acide salicylique, l'acide borique, soit des indifférentes comme la poussière de marbre.

Il a traité de la sorte 50 sujets parvenus du 3e jour au 4e mois de la maladie. Sur ces 50 sujets, 6 ont guéri en 8 jours, 8 en 3 jours, 29 ont été fort améliorés dès les premiers jours du traitement, 7 enfin ont résisté. Deux enfants atteints de broncho-pneumonie compliquant la coqueluche ont succombé; un enfant dans les mêmes conditions a guéri. Les meilleurs cas ont été les très récents et les anciens (ayant duré plus de 4 semaines).

En résumé les insufflations de poudres dans les fosses nasales ont fourni des résultats excellents si on les compare aux traitements vulgaires de la coqueluche. L. GALLIARD.

I. — De l'emploi de l'acide phénique en injections hypodermiques dans le traitement de la phtisie pulmonaire, par Albert FILLEAU (*Soc. médico-pratique, 23 novembre 1885*).

II. — Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intra-parenchymateuses de bichlorure d'hydrargyre, par GOUGUENHEIM (*Soc. méd. des hôpitaux, 8 janvier 1886*).

III. — Pneumonie grave. Injection intra-parenchymateuse d'une solution d'iodure de sodium. Défervescence précoce, par R. LÉPINE (*Revue de médecine, décembre 1885.*)

I. — L'auteur a traité un certain nombre de phtisiques par des injections phéniquées qu'il fait autant que possible dans la région thoracique au voisinage des lésions les plus prononcées. Il injecte par jour 5 grammes d'une solution d'acide phénique pur à 1 0/0. La tolérance a été

Digitized by Google

constante et il a vu, en joignant l'administration de l'acide phénique à l'intérieur les malades augmenter de poids, l'oppression, la toux, la température promptement modifiées. A. C.

II. — L'auteur pratique ses injections dans le premier et le deuxième espace intercostal, avec des solutions de bichlorure d'hydrargyre à 3 doses différentes, au 1/2000, au 1/1000, au 1/500 ; il emploie la dose la plus forte chez les individus atteints d'excavations considérables ; il injecte une seringue de Pravaz pleine, soit des doses de sublimé variant de 1/2 milligramme à 2 et 3 milligrammes; la douleur de la ponction est nulle, la toux est rare; le plus souvent, même quand l'état général ne s'améliorait pas, il y avait un amendement notable des signes fournis par l'auscultation; et dans quelques cas l'autopsie a montré le liquide des cavernes plus épais, plus consistant; sur 33 cas 21 ont donné des résultats favorables.

Dieulafoy rapporte à cette occasion qu'il a employé une vingtaine de fois des injections de glycérine phéniquée sans succès et que toujours il avait provoqué des quintes de toux fort douloureuses. H. L.

III. — Il s'agit d'un homme catarrheux cachectique dont la pneumonie datait de 50 heures au moment où l'on a injecté 25 centimètres cubes d'une solution d'iodure de sodium à la partie supérieure de l'hépatisation. Cette première injection soit qu'elle ait été insuffisante comme masse soit plutôt comme le dit l'auteur, qu'elle n'ait pas atteint l'hépatisation elle-même, n'a eu qu'un minime résultat: la température a baissé d'une manière insignifiante et l'hépatisation a progressé. 24 heures plus tard injection cette fois en plein foyer pneumonique de 60 centimètres cubes renfermant près de 4 grammes d'iodure. Après une légère exacerbation de la température, la défervescence a eu lieu, moins de 4 jours après le début de la pneumonie et l'urine a cessé d'être albumineuse; mais la résolution n'a commencé que 3 jours plus tard et s'est faite d'une façon traînante, ce que l'auteur attribue à la mauvaise constitution du sujet. C. GIRAUDEAU.

Ueber die local therapeutische Bedeutung der Milchsäure (Valeur thérapeutique locale de l'acide lactique), par MOSETIG-MOORHOF. Discussion par WEINLECHNER DITTEL, ROTH, E. SCHIFF (*Soc. des méd. de Vienne*, 20 *novembre* 1885).

L'acide lactique est, d'après l'auteur, un agent destructeur des tissus pathologiques. Il se distingue des autres caustiques par la propriété qu'il a de respecter les tissus sains. On comprend, en effet, que ces derniers offrent une résistance plus grande et puissent défier l'influence d'agents chimiques qui détruisent les premiers.

L'acide lactique déjà employé par Mosetig, contre les fongosités, contre le lupus, les épithéliomas (*R.S.M.*, XXVI, p. 525), lui a donné des résultats inespérés dans deux cas fort graves d'épithélioma :

1° Un homme de 55 ans est atteint d'épithélioma de la tempe sur une étendue de 6 centimètres carrés. L'ulcération va de l'oreille à l'angle externe de l'œil et de la pommette au cuir chevelu. Le diagnostic d'épithéliome est confirmé par l'histologie. La maladie date de 3 ans. 26 applications superficielles d'acide lactique, 4 injections sous-cutanées de solution à 50 0/0 dans les bords de la plaie. Le malade, soigné depuis le mois de juin (il y a 6 mois), présente une cicatrisation presque complète de la plaie. Depuis 15 jours l'auteur n'emploie plus l'acide lactique, mais touche les granulations avec le nitrate d'argent.

2° Femme de 60 ans atteinte, depuis 4 ans, de cancroïde, ayant détruit la

Digitized by Google

joue presque tout entière, envahi l'orbite et nécessité l'extirpation de l'œil avec une partie de la paupière supérieure. 20 applications d'acide lactique. Destruction des bords de l'ulcération sur le dos du nez à l'aide du thermo-cautère. Actuellement le diagnostic d'épithélioma serait impossible, car de toute part la cicatrisation marche. Sur les os mis à nu les granulations paraissent rouges et vivaces. L'auteur espère une cicatrisation complète.

Weinleichner a employé plusieurs fois l'acide lactique qui détermine des douleurs très vives. Ce caustique n'épargne pas les tissus sains ; il produit des escharres à leurs dépens. Weinleichner pense que les effets obtenus par Mosetig auraient été meilleurs et plus rapides avec le chlorure de zinc et d'autres caustiques plus énergiques.

Dittel a dû renoncer à l'acide lactique à cause des douleurs violentes produites par son emploi.

Roth déclare que l'acide lactique n'a pas dans la tuberculose du larynx l'efficacité que lui accorde Krause; il n'agit pas plus que les remèdes classiques, il leur est même inférieur.

Schiff a dû renoncer à l'emploi de ce corps contre le lupus à cause des douleurs qu'il provoque sur toutes les plaies en général. La seule cure effectuée par l'acide lactique sous les yeux de l'auteur est celle d'une leucoplasie buccale. L'épithélium épaissi s'est modifié rapidement, sans que le malade ait accusé de souffrances. L. GALLIARD.

De l'influence des boissons sur la nutrition et dans le traitement de l'obésité, par Albert ROBIN (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 29 *janvier* 1886).

L'auteur rapelle les travaux de Genth qui montrent que l'eau introduite en grande quantité dans l'estomac augmente dans une proportion plus ou moins grande la quantité de l'urée et les sels de l'urine. Il lui paraît incontestable qu'une partie de l'excédent d'urée a pour origine un lavage plus parfait des tissus. Mais cette partie est minime vis-à-vis de celle qui dépend de l'augmentation des combustions.

Ces faits, appliqués au traitement de l'obésité, donnent le secret des divergences qui séparent les praticiens; les uns recommandant l'eau à outrance, les autres la proscrivant, et tous deux obtenant des succès à l'appui de leur méthode. On devient, en effet, obèse de deux manières : par augmentation de l'assimilation et par diminution de la désassimilation. Dans le premier cas, on devra interdire les liquides, les recommander dans le deuxième.

Pour reconnaitre qu'un individu est devenu obèse par excès ou par défaut, le chiffre de l'urée fournira déjà une première indication et permettra de diviser les obèses en trois classes suivant que l'urée est augmentée, diminuée ou stationnaire.

A l'appui de son opinion, Robin cite les observations de trois obèses soumis à un régime identique et qui maigrirent tous les trois, les uns avec de l'eau à discrétion, les autres avec un rationnement des liquides. Dans les trois cas, on s'était basé pour permettre ou restreindre les boissons sur le rapport de l'urée aux matériaux solides.

H. RICHARDIÈRE.

De las injecciones intravenosas de suero artificial en el tratamento del cholera (Des injections intra-veineuses du sérum artificiel dans le traitement

Digitized by Google

du choléra), par Ricardo Pérez VALDÈS (*Boletin de Medicina y Cirurzia*, n° 35, 1885).

L'auteur a appliqué les injections intra-veineuses, selon la méthode de Hayem, à 19 femmes et 27 hommes. Il n'a osé tenter ce traitement que sur des malades moribonds, en état de « cadavérisation », et il a obtenu des succès tout à fait inespérés. Son travail, plein de remarques judicieuses sur les effets et les indications des injections se termine par des conclusions que nous reproduisons en les abrégeant.

Les injections intra-veineuses de liquide chloruré et sulfaté sodiques ont toujours été inoffensives pour les malades; on n'a pu dans aucun cas leur attribuer une influence fâcheuse sur la marche de la maladie.

Sur 46 malades injectés, un seul a été atteint de phlébite, peu grave d'ailleurs; le petit calibre de la veine et le traumatisme produit par l'introduction de la canule ont été les causes de cet accident exceptionnel.

Le nombre des guérisons s'est élevé au tiers des malades soumis à ce genre de traitement (on remarquera que cette proportion est précisément la même que celle des observations publiées par Hayem et Rouvier).

Tous les malades étaient dans des conditions telles, au moment de l'opération, que l'auteur est absolument convaincu qu'ils auraient promptement succombé sans son intervention.

Les effets immédiats ont toujours été très favorables et dans tous les cas on a réussi à prolonger la vie des malades pendant un temps plus ou moins long.

Chez ceux qui ont guéri, la convalescence a été, en général, plus rapide et moins compliquée que celle des malades non injectés.

Enfin ce traitement doit être considéré comme le plus logique de ceux qui ont été opposés à la période algide du choléra; il est d'une application suffisamment facile pour qu'il soit possible de le mettre en œuvre aussi bien dans la pratique privée que dans les hôpitaux. A. C.

Observations sur le traitement du choléra par les injections intra-veineuses d'eau salée à 5 0/0, par GODEFROY (*Revue de médecine*, 10 *décembre* 1885).

Godefroy a pratiqué sur huit malades à la période algide du choléra asiatique des injections intra-veineuses d'eau salée à 5 0/0. Il croit utile d'employer une solution aussi concentrée, non seulement afin de suppléer à la perte d'eau et à la perte de chlorure de sodium, mais aussi afin de donner au sang un surplus de ce sel capable par sa force endosmotique, d'arrêter le courant d'exosmose.

Les injections ont été pratiquées à la température de 40 degrés centigrades afin de réparer en partie l'abaissement de la température produit par la maladie. La quantité de liquide injecté a varié de 850 à 1450 centimètres cubes, en se guidant pour continuer au cours de l'opération sur la force et la fréquence du pouls. Quatre de ces malades sont morts, les quatre autres ont guéri. C. GIRAUDEAU.

Digitized by Google

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

I. — **Klinische Beiträge zur Localisation des Grosshirnmantels (Contribution clinique aux localisations cérébrales), par G. GUENTHER** (*Zeitsch. f. klin. Med., Band IX, Heft* 1, *p.* 1).

II. — **Case of cerebral tumour, surgical treatment, par Hughes BENNETT et Rickman GODLEE** (*Medico-chir. Transact., LXVIII, p.* 243, 1885).

III. — **Gliome de l'hémisphère gauche, par DANRIOS** (*Journ. de méd. de Bordeaux,* 27 *décembre* 1885).

IV. — **Etude sur les fonctions du centre ovale, par FARGE** (*Encéphale, p.* 385, 1885).

V. — **Hémiplégie alterne d'origine cérébrale, par JOFFROY** (*Progrès médical,* 5 *décembre* 1885).

VI. — **Hémiplégie chez un phtisique, par TROISIER** (*Soc. méd. des hôp.,* 9 *décembre* 1885).

VII. — **Case of calcareous gumma in the brain (Gomme du cerveau), par Lacy BARRITT** (*Brain, p.* 413, *octobre* 1885).

VIII. — **Sulla dinamografia e sue applicazioni al diagnostico dei disordini motorii, par MORSELLI** (*Rivista sperim. di frenatr. e di med. legale, fasc. II-III,* 1885).

IX. — **Contribution à l'étude de l'hémiatrophie cérébrale par sclérose lobaire, par Erm. JENDRASSIK et Pierre MARIE** (*Arch. de Physiol.,* 1er *janvier* 1885).

X. — **Sensory aphasia due to embolism (Cécité et surdité verbales, consécutives à une embolie), par SUCKLING** (*Brit. med. journ., p.* 691, *avril* 1886).

XI. — **Le langage intérieur et les diverses formes d'aphasie, par G. BALLET** (*Thèse agrégation, Paris,* 1886).

XII. — **On a case of amnesia, par DINGLEY** (*Brain, p.* 492, *janvier* 1886).

XIII. — **Essai de localisation d'une cécité accompagnée d'hémichorée, par HALLOPEAU** (*Union méd.,* 16 *juin* 1885).

XIV. — **On some central affections of vision, par W.-J. DODDS** (*Brain, p.* 345, *octobre* 1885).

XV. — **Contributo clinico ed anatomico alla localizzazione del centro psichico-visivo (Localisation du centre psychique visuel), par Salemi PACE** (*Brochure. Palerme,* 1884).

XVI. — **Ueber einen Fall von Gehirnembolie (Embolie cérébrale avec hémianopsie), par WILBRAND** (*Soc. méd. de Hambourg,* 6 *octobre* 1885).

XVII. — **Thrombose du sinus latéral gauche et de certaines veines traversant les méninges, etc., par ARRON** (*Journ. de méd. de Bordeaux,* 27 *septembre* 1885).

XVIII. — **A case of chronic effusion into the ventricles of the brain, with optic neuritis (Hydrocéphalie chronique, névrite optique), par CHURTON** (*Brit. med. journ., p.* 67, *janvier* 1886).

Digitized by Google

I. — Guenther analyse 53 observations provenant de l'hôpital général de Berlin.

Il divise ces observations en deux classes, suivant qu'il y a lésions des zones motrices ou des zones latentes.

1° Lésions des régions motrices. Les 14 observations recueillies confirment les idées reçues sur le rôle de ces régions. Une seule d'entre elles semble faire exception par l'absence de toute paralysie. Mais à l'autopsie la lésion, qui portait sur l'extrémité de la circonvolution frontale ascendante gauche, au niveau du noyau d'origine faciolingual, avait un aspect tout spécial. C'était un vieux foyer sans perte de substance, reconnaissable seulement à une coloration plus accentuée et à une consistance plus dure de la substance grise; mais la circonvolution n'était modifiée ni dans sa forme ni dans son volume. Les 13 autres observations furent toutes accompagnées de paralysie.

Sur les 9 observations où la lésion était totale, 8 fois les symptômes observés furent classiques et l'on trouva une hémiplégie complète.

Dans les 4 observations où la lésion était partielle, deux fois (ramollissement de la circonvolution de Broca et cancer de la pariétale et de la frontale ascendante) il y avait une hémiplégie comme dans les cas de lésions totales.

Mais chez les deux malades l'état général était assez grave pour expliquer cette anomalie.

Dans les 2 autres observations les symptômes correspondaient nettement aux lésions trouvées.

Dans l'une d'elles où il y avait une gomme tuberculeuse de la circonvolution de Broca, le malade ne présenta que de l'aphasie indépendante de toute paralysie. Dans l'autre où un foyer de ramollissement portait à la fois sur la circonvolution de Broca et sur une partie de la frontale et de la pariétale ascendante, on observa en même temps que l'aphasie une paralysie de la face et du bras.

2° Lésions des régions non motrices. Sur 39 observations où les lésions ne portaient pas sur les régions motrices, il y eut cependant 16 fois des paralysies. Mais dans tous ces cas l'état général des malades était tel qu'il y avait là une action indépendante de la lésion locale et suffisante pour produire les paralysies.

Chez les autres malades, c'est-à-dire dans 23 observations, Guenther n'observa pas de paralysies. Il remarque pourtant que chez douze d'entre eux existaient des phénomènes généraux très graves. Mais ces phénomènes généraux étaient dans 7 cas sous la dépendance d'affections complexes, septicémie, urémie, paralysie générale. M. DEBOVE.

II. — Fermier, âgé de 25 ans, robuste, non syphilitique. Quatre ans auparavant, traumatisme crânien, dû à la chute d'une pierre du haut d'une maison : perte de connaissance momentanée, aucune paralysie consécutive. Au bout d'un an, il éprouve des démangeaisons et des fourmillements du côté gauche de la bouche et de la langue : puis surviennent des accès d'épilepsie jacksonienne débutant toujours par une sensation particulière du côté gauche de la face; alternant avec des crises de fourmillements, sans perte de connaissance. Depuis six mois, les fourmillements ont gagné le bras gauche; puis les muscles de la main, de l'avant-bras et du bras se sont paralysés : depuis lors, les accès épileptiques ont cessé. Enfin, depuis quelques mois, des fourmil-

Digitized by Google

lements analogues se sont fait sentir au membre supérieur gauche, qui commence à se paralyser.

L'examen du crâne montre une région sensible à la pression, située à droite de la suture sagittale au niveau d'une ligne tirée verticalement du conduit auditif externe : à l'ophtalmoscope, double névrite optique. On diagnostique une tumeur cérébrale de petites dimensions, localisée sur l'écorce cérébrale, à la partie moyenne de la scissure de Rolando. L'inefficacité absolue du traitement iodobromé, et la continuité de douleurs de tête atroces décident à intervenir chirurgicalement.

Après avoir déterminé exactement le siège de la scissure de Rolando au moyen des points de repère connus, une couronne de trépan est appliquée à 1 pouce 1/4 de la ligne médiane. L'incision de la dure mère fait saillir la substance cérébrale, qui semble plus jaune qu'à l'état normal : une seconde, puis une troisième couronne de trépan sont appliquées, pour reconnaître une plus grande étendue de région corticale : partout c'est la même apparence, et le cerveau paraît sain. Godlee fait alors une incision superficielle sur la substance cérébrale et il tombe sur un gliome parfaitement isolé, qui se dissèque et s'énuclée facilement, non sans se compliquer d'une hémorragie en nappe assez considérable. La cavité a la dimension d'un gros œuf de pigeon ; l'hémorragie est arrêtée par un électrocautère. La plaie est pansée antiseptiquement, et drainée, la dure mère étant suturée : toute l'opération a duré 2 heures.

Les jours qui suivent se passent remarquablement bien. Intelligence du malade, parole conservée, sensibilité revenue, douleurs moindres. Mais une hernie du cerveau se déclare, qui va croissant pendant une quinzaine de jours et se mortifiant partiellement. Une méningite finale emporte le malade un mois après la trépanation. L'autopsie montre que cette méningite est strictement limitée à la région pariétale et qu'elle est due à l'écoulement de l'ichor provenant de la plaie opératoire.

L'auteur fait suivre cette intéressante observation d'une analyse physiologique très détaillée sur l'état des mouvements et des organes des sens chez son malade, en rapport avec la localisation anatomique de la lésion corticale. H. R.

III. — Femme de 42 ans. En juillet 1881, quatre ou cinq fois par jour défaillances subites avec pâleur et salivation abondante sans perte de connaissance. Trois mois après, première crise épileptiforme qui se renouvelle plusieurs fois jusqu'à l'apparition d'une paralysie de la face à droite, qui ne tarde pas à envahir le membre supérieur et le membre inférieur du même côté.

Dans l'hémisphère gauche on trouve une énorme tumeur du lobe sphénoïdal, molle, fluctuante, contenant un liquide jaune-citrin. Une deuxième tumeur existe à la partie antérieure du lobe frontal. OZENNE.

IV. — Les lésions destructives du centre ovale, limitées aux faisceaux préfrontaux, ne donnent lieu pendant la vie à aucun phénomène moteur permanent. Telle est du moins l'opinion de Pitres, et elle est généralement acceptée. Il y a toutefois des faits contradictoires. Farge en rapporte un assez caractéristique.

Une jeune fille, traitée d'abord comme hystérique, fut prise d'accidents épileptiformes presque incessants, avec contractures, hémiplégie complète à droite. Le bromure à haute dose parut d'une efficacité réelle. Au bout de 5 jours, les attaques devinrent moins nombreuses, et après 17 jours elles disparurent totalement. Le mouvement reparut petit à petit dans les membres paralysés, puis il y eut des signes de méningite : mort rapide. A l'auptosie, on trouva deux lésions, de date différente, situées exclusivement dans la partie préfrontale gauche du centre ovale.

Digitized by Google

A moins de supposer qu'elles ont exercé une compression mécanique de voisinage ou une irritation à distance, il faut admettre que la zone motrice du centre ovale s'étend un peu plus en avant que Pitres ne l'a fixée. DESCOURTIS.

V. — Un enfant de 16 mois entre à l'hôpital le 8 décembre 1884 (son frère aîné est mort de méningite tuberculeuse). Sa mère avait remarqué que la jambe jauche fléchissait sous le corps, et que la main gauche était inerte; la veille de son admission il avait eu des convulsions généralisées, en 2 séries de 9 et de 6 heures; elles étaient bilatérales, sans prédominance d'aucun côté.

Le 8 au matin on constate une paralysie complète et flasque du membre supérieur gauche, incomplète du membre inférieur gauche, et une paralysie du facial inférieur droit, la partie supérieure de la face restant indemne. Une nouvelle crise de convulsions amena la mort le jour même.

A l'autopsie on trouva une assez forte congestion des méninges, de fines granulations tuberculeuses dans la scissure sylvienne gauche; la coupe de Flechsig, pratiquée sur l'hémisphère gauche, met à découvert une masse caséeuse, du volume d'une aveline, siégeant en dehors de l'avant-mur, sur les deux dernières digitations du lobule de l'insula, et intéressant la partie inférieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes.

La même coupe horizontale, pratiquée dans l'hémisphère droit, met à découvert une petite masse tuberculeuse piriforme enclavée dans le noyau lenticulaire et la couche optique, coupant la partie postérieure de la capsule interne à peu près à l'union du tiers antérieur avec le tiers moyen.

Joffroy admet que la monoplégie faciale droite est due à la lésion superficielle de l'hémisphère gauche spécialement pour la partie concernant la partie inférieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes.

La monoplégie brachiale droite était due à une lésion profonde, mais bien limitée des faisceaux moteurs. H. L.

VI. — J... âgé de 52 ans, présente depuis 5 à 6 ans des accidents de tuberculose pulmonaire à marche lente. Le 1er octobre 1884, il s'aperçut tout à coup qu'il ne pouvait remuer le bras droit; cet état parétique au début devint au bout de 7 jours une paralysie absolue; le lendemain le membre inférieur, d'abord affaibli, devenait rapidement paralysé, puis bientôt les deux membres devinrent contracturés, le supérieur en flexion, l'inférieur en extension; les réflexes étaient un peu exagérés.

A partir du 15 novembre, la contracture s'atténua puis disparut, et la force musculaire revint peu à peu; un an après le malade avait repris sa force de la jambe, restait encore un peu faible de son bras; de plus ces deux membres présentent une atrophie musculaire, représentée par une diminution de 1 1/2 centimètre dans leur circonférence.

Pas d'anesthésie. Pas d'autres troubles paralytiques. Troisier rejette l'idée d'une lésion vasculaire, d'un tubercule cérébral, ou d'une plaque méningitique. S'appuyant sur l'existence d'un point très douloureux au-dessous de la bosse pariétale, sans modification d'ailleurs du cuir chevelu ni du crâne, il admet une lésion osseuse d'origine tuberculeuse, qui aurait été le siège d'une méningite aiguë, laquelle se serait résolue et aurait laissé une plaque de pachyméningite caséeuse. H. L.

VII. — Homme de 35 ans, ayant contracté 12 ans auparavant la syphilis. Depuis trois semaines il éprouve des attaques qui se répètent la nuit et le jour, avec les caractères suivants : début par un spasme des muscles de la nuque, qui entraîne la tête en arrière et en dehors : puis, au bout d'une minute, extension de la crampe aux 4 membres qui sont agités de secousses cloniques ; finalement, envahissement des muscles de la glotte, avec suspension respiratoire momentanée. Mort 5 jours après son entrée à l'hôpital.

Digitized by Google

A l'autopsie, adhérences des méninges, congestion encéphalique. Deux nodules calcaires se voyaient dans les plexus choroïdes des deux ventricules latéraux. Il existait surtout, au niveau du lobe temporo-sphénoïdal droit, une masse dure grosse comme une noisette; il s'agissait d'une gomme ramollie en son centre et calcifiée à sa périphérie. H. R.

VIII. — Morselli montre d'abord que l'emploi du dynamomètre ordinaire est insuffisant pour l'étude des désordres moteurs, et surtout pour la recherche des divers éléments dont se compose une contraction musculaire volontaire. Le dynamographe permet de déterminer et d'isoler ces divers éléments : 1° le degré de force de la contraction; 2° la synergie, ou la coordination des muscles qui se contractent dans l'effort de pression; 3° le passage de l'état de repos du muscle à l'état de contraction; 4° le temps de production de l'effort maximum, ou la période de développement de la plus grande énergie musculaire. Appliqué à l'examen des efforts dynamométriques des individus sains, le dynamographe met en relief la ressemblance entre la courbe de la contraction volontaire et celle de la contraction artificielle obtenue avec le myographe; il montre le processus physiologique de l'innervation centrifuge motrice, en démontrant que la contraction musculaire se compose réellement, comme le disent les physiologistes, d'une série de secousses successives fondues en une seule, mais qui dans certains états pathologiques du système nerveux, deviennent plus régulières, plus écartées et partant plus distinctes. Le dynamographe montre d'importantes différences entre les hypokinésies, acrokinésies, parakinésies, et établit les caractères cliniques fondamentaux de la paralysie, du tremblement et de l'ataxie. Quant à l'examen spécial des diverses maladies nerveuses, non seulement les courbes dynamographiques confirment les caractères différentiels que la neuropathologie assigne aux désordres moteurs qui caractérisent chacune d'elles, mais elle montre des faits nouveaux, surtout en ce qui concerne les affaiblissements musculaires précoces dans la paralysie générale, dans l'hémiplégie d'origine cérébrale (côté non paralysé), dans la sclérose systématique des cordons postérieurs; elle montre les différences cliniques qui existent entre la paralysie générale typique et la pseudo-paralysie générale des alcooliques, entre la paralysie agitante et la sclérose en plaques. Des résultats importants ont aussi été obtenus pour l'atrophie musculaire progressive, la chorée, la crampe des écrivains, la sclérose diffuse du cerveau.

Le dynamographe aide enfin à la démonstration des caractères différentiels des divers tremblements, dans la paralysie agitante, la sclérose en plaques, l'alcoolisme, et des tremblements sénile, ataxique, paralytique, neurasthénique et émotif : il aide à donner une plus exacte détermination de leur cause, de leur siège et de leur nature. F. BALZER.

IX. — Dans l'hémiatrophie cérébrale par sclérose lobaire, abstraction faite de la diminution de volume, à n'envisager que la disposition générale des circonvolutions, l'hémisphère atrophié pourrait être considéré comme normal; il n'y a aucune anomalie, aucune disparition d'une ou plusieurs circonvolutions.

L'examen microscopique montre que le tissu conjonctif des circonvolutions lésées est en voie de prolifération, et que les éléments nerveux sont étouffés et atrophiés. Les artérioles ont des parois épaissies forte-

Digitized by Google

ment colorées par le carmin, et sont pourvues de noyaux très apparents ; elles sont engainées par un épais manchon de tissu conjonctif réticulé renfermant dans ses mailles d'abondants corps granuleux ; d'une part ce tissu réticulé se fixe presque toujours directement à la paroi externe des artérioles, de l'autre il se continue avec le tissu cérébral avoisinant, les fibres nerveuses et la myéline, s'arrêtant brusquement au point où il aborde ce tissu.

L'hémiatrophie cérébrale par sclérose lobaire engendre une hémiplégie avec ou sans contracture ou athétose. Quelquefois la paralysie occupe un bras et les deux jambes, ou à la fois les quatre membres. Les muscles de la face sont généralement moins atteints que ceux des membres. Les réflexes tendineux sont presque toujours exagérés. Dans presque tous les cas les membres paralysés ont une température inférieure à celle des membres sains et présentent une coloration rouge violacé. Parfois il existe des lésions articulaires. L'épilepsie se montre dans la très grande majorité des faits ; elle s'accompagne presque toujours d'aura ; d'abord localisée aux membres paralysés, elle peut plus tard se généraliser. Les troubles intellectuels sont fréquents : l'enfant est idiot, imbécile ou arriéré. La parole peut être plus ou moins imparfaite, mais il n'y a jamais d'aphasie. Avec Wuillamier on peut reconnaître trois périodes à l'affection : 1° convulsions ; 2° hémiplégie ; 3° épilepsie.

Le diagnostic de l'hémiatrophie cérébrale par sclérose lobaire avec la porencéphalie est impossible, avec le tabes dorsal spasmodique difficile dans certaines conditions, avec l'hémiplégie des choréiques presque toujours facile. L'étiologie de l'affection est obscure ; dans la grande majorité des cas cependant, une enquête minutieuse permet de reconnaître qu'elle survient au cours ou dans la convalescence d'une maladie infectieuse.

A. GILBERT.

X. — Obs. 1. — Jeune homme de 19 ans, atteint d'un rhumatisme compliqué d'aortite 6 ans auparavant. Le 21 septembre 1885 il éprouve une douleur instantanée à la tête et parle immédiatement d'une façon inintelligible. La surdité verbale est complète : quand on lui commande de lever le bras, il tire la langue ; il parle sans trouver les mots justes et, bien qu'il comprenne les questions, il ne peut y répondre que d'une façon erronée. Il reconnaît les figures et les lettres ; peut épeler les mots à haute voix, mais sans comprendre leur signification ; il écrit son nom, copie des phrases, sans savoir ce qu'il écrit : il lui est impossible de copier sous la dictée. Il ne peut nommer les objets, mais les décrit et se fait ainsi comprendre.

Amélioration rapide, mais impossibilité persistante d'écrire sous la dictée.

Obs. 2. — Homme de 70 ans. En juillet, il est pris brusquement de tintements d'oreilles, de surdité, de vertiges, et tombe du côté gauche, avec un léger degré d'hémiplégie. Le 15 octobre, une nouvelle attaque survient dans les circonstances suivantes. Il se plaint de douleurs du côté gauche de la tête et fait chercher son médecin. Quand celui-ci arrive, il trouve son client absolument atteint de surdité verbale, incapable de répondre aucun mot aux questions qu'on lui adresse, mais causant facilement et raisonnablement. Il peut lire, comprendre ce qu'il lit, copier une page imprimée en comprenant ce qu'il copie. Il entend quand on lui parle, mais ne comprend absolument pas. Il a également de l'amnésie verbale, car il ne peut nommer aucun des objets qu'on lui montre, mais il les décrit parfaitement.

Le lendemain, la surdité verbale a disparu, et il comprend les paroles qu'on lui adresse.

H. R.

Digitized by Google

XI. — Que l'on considère le langage articulé comme propre à l'homme, ou qu'avec Schleicher et Ch. Darwin on croie à sa descendance et qu'on le fasse dériver du langage expressif (mimique, cris, interjection, onomatopée) commun à l'homme et aux animaux, la faculté du langage n'en a pas moins pour expression une sorte de complexus qu'on appelle les mots. Les mots sont eux-mêmes constitués par quatre espèces d'images : auditive (mot entendu), motrice d'articulation (mot parlé), visuelle (mot lu) et motrice graphique (mot écrit), ces deux dernières ne se rencontrant que chez l'individu civilisé.

Grâce à ces images, nous pouvons entendre, voir, parler, et même écrire mentalement; c'est le langage intérieur. Ces quatre opérations s'exécutent d'ailleurs rarement au même degré de puissance chez le même individu et presque toujours il y a prédominance de l'une d'elles, l'audition mentale le plus souvent. Suivant l'image sous laquelle le mot se présente à la pensée, on distingue des auditifs, des visuels et des moteurs, moteurs d'articulation et moteurs graphiques. Lorsqu'on est à la fois auditif, visuel et moteur, sans prédominance marquée de l'une ou l'autre catégorie, on est un indifférent.

La connaissance de ces différentes modalités du langage intérieur, que G. Ballet étudie dans la première partie de sa thèse, jette un jour nouveau sur l'histoire de l'aphasie envisagée au point de vue spécial de ses formes multiples et diverses.

Suivant que telle ou telle fonction sera abolie, on aura de la surdité verbale, de la cécité verbale, de l'aphasie motrice, de l'agraphie. A côté de ces formes simplifiées, il faut en citer quelques autres, telles que l'amnésie verbale, l'aphasie de conductibilité, etc. Aussi pour qu'une observation d'aphasie soit complète, l'examen doit-il porter, d'après Ballet, sur les huit opérations suivantes :

1° Compréhension des mots parlés ; 2° compréhension des mots lus (lecture) ; 3° parole articulée volontaire ; 4° écriture volontaire ; 5° parole répétée ; 6° parole d'après la lecture (lecture à haute voix) ; 7° écriture sous la dictée ; 8° écriture d'après un texte lu (copie).

Un chapitre intéressant de cette thèse remarquable est celui des localisations corticales des centres du langage. La première circonvolution temporale peut être considérée comme le centre des représentations verbales auditives ; la cécité verbale semble due aux lésions du lobule pariétal inférieur avec ou sans participation du lobule du pli courbe. On sait, depuis Broca, que le siège des représentations motrices d'articulation, celui qui a été fixé le premier, occupe le tiers postérieur de la troisième circonvolution frontale.

La localisation du centre des images motrices graphiques est moins nettement établie ; il est très probable qu'il se trouve au niveau du pied de la deuxième circonvolution frontale. D'ailleurs, les centres de ces diverses images sont en relation les uns avec les autres au moyen de fibres commissurales dont les lésions produisent les aphasies de conductibilité ; tous siègent dans l'hémisphère gauche, exceptionnellement dans le droit, chez quelques sujets gauchers. DESCHAMPS.

XII. — Un homme de 56 ans se plaint, le 25 mars, d'un violent mal de tête ; le lendemain, il est incohérent, se couche au lit tout habillé, et l'on s'aperçoit qu'il a de l'affaiblissement du bras droit. La parole est normale et l'in-

Digitized by Google

telligence conservée : la marche est possible, sauf de la faiblesse de la jambe droite. Le 28 mars le malade est presque dans le coma, incapable de dire une parole.

Le lendemain, il commence à parler, en disant toujours le même mot : six jours plus tard, il reconnaît des objets sans pouvoir les nommer; il peut copier l'écriture et écrire même sous la dictée quelques mots simples, mais il ne peut écrire spontanément.

Le 26 avril, il peut lire facilement à haute voix, mais ne peut écrire sous la dictée mieux que le 5 avril. Le 3 mai, il est guéri en apparence, lit et écrit spontanément fort bien, mais reste incapable d'écrire les mots qu'on lui dicte.

L'auteur discute la nature de cette espèce d'aphasie, et se fondant sur les théories de Bastian des centres visuels et auditifs de la parole; et il arrive aux conclusions suivantes :

Chez ce malade, il existe un certain degré d'aphasie vraie, fort léger.

Il existe surtout une amnésie paralytique :

1° Du centre auditif du langage : diminution de l'excitation aux impulsions volitionnelles (parole spontanée). Excitabilité normale aux impulsions associées (lecture à haute voix). Diminution de l'excitabilité aux sensorielles (langage imitatif).

2° Du centre visuel du langage : Diminution de l'excitabilité aux impulsions volitionnelles (écriture spontanée), aux impulsions associées (écriture sous la dictée), excitabilité normale aux impulsions sensorielles (écriture imitative, faculté de copie).

Donc la lésion (probablement une thrombose) a intéressé le centre auditif du langage et les fibres commissurales audito-visuelles, en respectant complètement le centre visuel de la parole. H. R.

XIII. — X... âgé de 83 ans, est atteint depuis longtemps d'un rétrécissement aortique et jouit cependant d'une bonne santé habituelle. Après une crise de bronchite intense, il est pris soudain, le 1er janvier au matin, d'une cécité complète, absolue, et d'une vive céphalalgie. La motilité et la sensibilité sont intactes, les pupilles dilatées ne réagissent pas; en même temps les membres du côté gauche sont le siège d'une agitation incessante choréiforme, caractérisée par des mouvements réguliers de flexion et d'extension, et la rotation de la tête de droite à gauche. Dyspnée notable; râles aux deux bases du poumon.

Le 2 même état; le soir, accès de dyspnée intense; peu après le malade a la notion de la lueur d'une lampe; le 3 au matin revient la notion des couleurs rouge et bleue, la chorée continue, mais la vue revient en partie : le malade peut reconnaître les personnes qui l'environnent, mais comme entourées d'un nuage, le trouble de la vue est le même pour les deux yeux. Le 4, l'amélioration de la vue continue; l'hémichorée diminue; pas de lésion du fond de l'œil; le 30 janvier le malade reconnaît tous les objets qu'on lui présente; le 7 février, il reste toujours une légère obnubilation de la vue, surtout à droite.

Hallopeau admet d'abord l'existence d'une lésion encéphalique; l'existence d'une cécité double d'emblée élimine l'hypothèse d'une hémorragie rétinienne, ou d'embolies dans les deux artères centrales de la rétine. l'examen ophtalmoscopique confirme l'exclusion de ces hypothèses; il rejette aussi l'idée d'une hémorragie portant sur le chiasma, ou de lésion symétrique des deux bandelettes; il admet qu'une lésion des tubercules quadrijumeaux peut seule expliquer les troubles de la vision, et aussi ceux de la motilité. Pour ce qui est de la cécité, les expériences de

Digitized by Google

Flourens sont depuis longtemps concluantes. Pour la motilité on peut s'appuyer sur 4 observations de chorée chronique rapportées par Serres, sur 3 cas d'hémi-chorée dus à Raymond. Peut-être d'ailleurs y a-t-il deux lésions, deux artères simultanément bouchées par une embolie.

Relativement à la nature de la lésion l'infarctus est plus probable que l'hémorragie, et surtout que la tumeur. H. L.

XIV. — Mémoire très important, divisé en deux parties : dans la première, l'auteur analyse les divers réflexes visuels; dans la seconde, plus exclusivement clinique, il recherche par quelles voies sensitivo-motrices passent les impressions réflexes. Suivons-le rapidement dans cette dernière analyse.

a) Réflexes lumineux. — Ils sont de trois ordres : 1° contraction de la pupille sous l'influence de la lumière; 2° dilatation pupillaire quand l'œil passe d'un point éclairé à un endroit sombre; 3° effets généraux moteurs produits par une vive lumière.

1° Quelle portion du cerveau doit être intacte pour que la pupille puisse se contracter à la lumière? On admet généralement que le réflexe chemine le long du nerf optique vers les tubercules quadrijumeaux, puis au noyau de la troisième paire vers le plancher de l'aqueduc de Sylvius, pour se réfléchir, par la racine de la troisième paire, vers le sphincter irien. Or, que dit la clinique?

Quand le nerf optique est complètement détruit, il y a suppression de la contraction pupillaire (faits de Lawson).

La destruction des deux bandelettes optiques supprime le réflexe, mais ces conditions sont rarement réalisées, à cause de la décussation des fibres dans le chiasma, et la rareté de la destruction absolue des tractus optiques. Il en est de même de la lésion isolée et complète des tubercules quadrijumeaux antérieurs. Dans le fait de Bristowe (*Brain*, VI, p. 173), les pupilles se contractaient fort mal, mais toute contractilité n'était pas éteinte.

Par contre, la destruction du noyau du nerf oculo-moteur abolit le réflexe.

Il ressort donc que la contractilité de la pupille à la lumière est difficile à abolir, sauf aux deux extrémités de l'arc réflexe, quand le nerf optique ou la troisième paire sont détruits.

2° La dilatation de la pupille à l'obscurité est due à l'action tonique des fibres radiées de l'iris : ce n'est pas un réflexe visuel à proprement parler. Le myosis permanent est lié aux lésions du centre cilio-spinal, et à l'ataxie; peut-être alors par suite d'un certain degré de sclérose de la moelle allongée (Bärwinckel).

3° Les mouvements associés sous l'influence d'une forte lumière pénétrant dans l'œil se voient même chez les aveugles : il est probable, mais non démontré, qu'en pareil cas il y a ébranlement de la substance grise tapissant l'extrémité antérieure du troisième ventricule.

b) Objets fixés et suivis par les yeux. — Ici deux ordres de réflexes : les réflexes d'accommodation, ou rétino-ciliaires, et les réflexes rétino-oculaires.

Les réflexes d'accommodation ont vraisemblablement leur centre dans les tubercules quadrijumeaux antérieurs, et dans le noyau de la troisième paire. On voit des exemples de cette suppression des réflexes

Digitized by Google

d'accommodation dans la diphthérie, mais il n'est pas sûr que la lésion nerveuse ne soit pas périphérique.

Les réflexes rétino-oculaires ont un centre plus étendu, qui comprend, non seulement les tubercules quadrijumeaux (centre sensitif), mais la substance grise du plancher du quatrième ventricule, en englobant les origines des troisième, quatrième et sixième paires. Pathologiquement, ces réflexes sont démontrés par les mouvements associés bilatéraux des yeux (fait de Ferréol 1873 : tubercule impliquant le noyau de la sixième paire et déterminant une paralysie du droit externe de l'œil droit, et du droit interne de l'œil gauche). Donc, la plupart des réflexes rétino-oculaires sont d'origine protubérantielle : mais ils reconnaissent peut-être une participation cérébrale; la question n'est pas jugée.

c) *Hémianopsie.* L'hémianopsie latérale homonyme se rencontre dans les lésions unilatérales de la bandelette optique, de la partie postérieure de la couche optique (Jackson, Dreschfeld), des irradiations optiques de Gratiolet (Richter), enfin, de l'écorce du lobe occipital (*Starr*, *Americ journ. of med. sc.* 1884). Cette dernière localisation est démontrée par les faits de Féré, de Curschmann, de Baumgarten et de Marchand.

d) *L'amblyopie*, ou diminution de l'acuité visuelle, peut dépendre, de lésions soit du nerf optique, soit de la portion postérieure de la capsule interne (Féré); mais il est à remarquer qu'on ne l'observe jamais dans les lésions de la bandelette optique des corps quadrijumeaux ou de la couche optique. L'amblyopie se rencontre également dans des maladies d'origine corticale (hystérie), mais nous en ignorons absolument le mécanisme.

Le mémoire de Dodd se termine par l'analyse des cas d'amaurose et de cécité des mots, cette dernière relevant d'ordinaire d'une lésion corticale détruisant les circonvolutions temporo-sphénoïdales. H. R.

XV. — L'auteur rapporte un cas de cécité de l'œil droit, survenu chez un individu dès les premiers mois de la vie. Ce malade, considéré comme aliéné épileptique, mourut à l'âge de 54 ans et on trouva à l'autopsie une atrophie complète du lobe occipital gauche. Pendant sa vie, il n'avait présenté qu'un peu de rigidité musculaire dans les derniers mois, et sauf l'œil droit, les autres sens étaient en apparence intacts. Outre l'atrophie du lobe occipital gauche, on trouva une atrophie croisée de l'hémisphère droit du cervelet, et en outre, du côté gauche, une atrophie des tubercules quadrijumeaux, de la bandelette optique, du thalamus optique, de l'oculo-moteur commun, du pédoncule cérébral, de la moitié de la protubérance. L'œil droit était complètement atrophié.

A l'examen microscopique on trouva une ossification du cristallin, et de la dégénérescence graisseuse des muscles de l'œil. Le lobe occipital gauche contenait de nombreux foyers d'hémorragie capillaire avec sclérose et taches pigmentaires disséminées.

L'auteur explique l'épilepsie et la perte de la vue par les altérations du lobe occipital : Hitzig, Ferrier, Munk, Exner, Musehold, Tartuferi et Panizza ont montré expérimentalement le rapport fonctionnel qui existe entre la région occipitale et l'organe de la vue. Des observations anatomo-cliniques ont confirmé ces recherches. L'auteur cite en particulier le cas de Bastian, dans lequel la légion d'origine périphérique se propagea au lobe occipital; dans un cas, au contraire, la lésion paraît avoir été d'origine centrale.

Deux planches sont annexées à ce travail. F. BALZER.

Digitized by Google

XVI. — Un homme de 60 ans est atteint brusquement de vertige, de douleur violente à l'occiput du côté gauche, d'hémianopsie latérale droite et d'œdème des papilles; on diagnostique une tumeur du lobe occipital gauche. Au bout de quelques semaines, hémiplégie droite avec participation de l'hypoglosse et du facial droit. Légère hémi-anesthésie; plus tard, aphasie. L'œdème des papilles, malgré l'extension des lésions cérébrales, guérit presque complètement. Mort au bout de quelques mois.

A l'autopsie, ramollissement ancien par embolie du lobe occipital gauche, de la circonvolution temporale et de la troisième circonvolution de l'hippocampe. Ramollissement récent de la couche optique du côté gauche.

L. GALLIARD.

XVII. — Fille de 22 ans, devenue brusquement enflée de tout le corps trois mois auparavant, et depuis quelque temps atteinte de vomissements incoercibles. Apportée à l'hôpital à la suite d'une perte de connaissance, elle peut encore répondre aux questions qu'on lui pose. Mais le lendemain elle est prise d'hémiplégie droite et de rotation de la tête à gauche et la mort survient huit jours plus tard.

On trouve, à l'autopsie, des caillots cruoriques dans le sinus latéral gauche, et au niveau de l'union de la deuxième et de la troisième circonvolution sphénoïdale avec le lobe occipital, une tache ecchymotique de la largeur d'une pièce de un franc, traversée par deux rameaux veineux remplis de caillots cruoriques et fibrineux :

Dans l'hémisphère droit on voit l'oblitération d'une veine, contiguë à la couche optique qui est molle, diffluente, jaunâtre et parsemée d'îlots rouges et de piqueté sanguin; et dans l'hémisphère gauche un ramollissement rouge comprenant toute la troisième circonvolution occipitale, avec oblitération de la veine de la couche optique.

En résumé, thrombose du sinus latéral gauche, de certaines veines traversant les méninges et les ventricules, ramollissement rouge et suppuration interstitielle des deux couches optiques, avec infiltration purulente de la capsule interne du côté gauche.

OZENNE.

XVIII. — Homme de 29 ans, souffrant depuis le mois de juillet 1884 : à cette époque vertige et chute brusque sans perte de connaissance complète ; depuis lors, céphalée persistante et vomissements fréquents. Cette céphalée occupe la nuque et la région occipitale : la marche du malade est incertaine et quelque peu ataxique : la vue est assez bonne, mais il y a de la diplopie passagère. L'ophtalmoscope révèle les traces d'une névrite optique commençante.

En mai 1885, aggravation de l'état général : globes des yeux proéminents, affaiblissement de la vue. A cette époque surviennent des attaques spasmodiques avec convulsions de la face; après une de ces attaques le malade devient comateux et meurt.

On s'attendait à trouver une tumeur cérébrale; or il n'y avait ni tubercules, ni méningite, ni tumeur, ni thrombose des sinus, mais une dilatation extrême de tous les ventricules avec abondant épanchement de liquide céphalo-rachidien dans leur intérieur.

H. RENDU.

I. — **Ueber syphilitische Hemiplegie, par Julius ALTHAUS** (*Deutsche Arch. f. klin. Med., Band XXXVIII, p.* 186).

II. — **A case of hœmorrhagy into the crura cerebri (Hémorragie des pédoncules cérébraux), par Edwin RICKARDS** (*Brit. med. journ., p.* 774, *avril* 1886).

III. — **Zur Casuistik der Herderkrankungen der Brücke (Des lésions en foyer de la protubérance et en particulier des troubles des mouvements latéraux**

Digitized by Google

combinés des yeux), par E. BLEULER (*Deutsch. Arch. f. kl. Med. XXXVII*, 567 *et XXXVIII*, *p.* 28)-

IV. — A case of left facial paralysis, with strabismus, etc. (Hémiplégie faciale gauche avec strabisme, etc.), par Alex. THOM (*Edinb. med. journ.*, *p.* 20, *juillet* 1885).

V. — Notes and remarks upon a case of villous tumour in the fourth ventricle (Tumeur villeuse du 4e ventricule), par J. HARRINGTON DOUTY (*Brain*, *p.* 409, *octobre* 1885).

VI. — Nucleare Lähmung des Abducens und Polyurie (Paralysie nucléaire du nerf abducteur, polyurie), par STEINHEIM (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 30, 1885).

VII. — Nucleare Opthalmoplegie mit progressiver muskelatrophie, par ROSENTHAL (*Soc. des méd. de Vienne*, 4 *décembre* 1885).

VIII. — Zur Kenntniss der fortschreitenden Bulbärparalysis (Paralysie bulbaire progressive), par Hermann FREUND (*Deutsch. Arch. f. klin. Med. XXXVII*, *Heft* 5, *p.* 405).

IX. — Ueber pseudobulbär Paralyse (Paralysie pseudobulbaire), par JOLLY (*Berlin. klin. Woch.*, *p.* 456, *juillet* 1884).

X. — Case of almost complete destruction of the right hemisphere of the cerebellum without distinct symptoms of cerebellar disease (Destruction presque complète du cervelet sans symptômes d'une affection cérébelleuse), par Georges OGILVIE (*Brain*, *p.* 405, *octobre* 1885).

XI. — Zur Casuistik der Kleinhirnsklerose (Sclérose du cervelet), par W. SOMMER (*Arch. für Psychiatrie und Nervenkr.*, *XV*, *Heft* 1, *p.* 253).

I. — L'auteur rapporte l'histoire d'un jeune homme de 21 ans qui avait été atteint d'un chancre induré 4 ans auparavant. Six mois avant d'être observé par Althaus, le malade avait été pris d'hémiplégie droite, sans perte de connaissance.

Au moment où il a été examiné il y avait une hémiplégie *droite* et du ptosis de la paupière *gauche*. L'œil était complètement immobile; tous ses muscles moteurs étaient paralysés. La paralysie était complète pour le droit supérieur, le droit inférieur et le petit oblique, incomplète pour les autres muscles.

Il y avait de la parésie du membre inférieur et du membre supérieur du côté droit et une exagération des réflexes beaucoup plus considérable qu'on n'aurait pu le supposer d'après l'état des mouvements.

Quand bien même on n'aurait pas eu pour se guider la notion de l'existence antérieure d'un chancre induré, on eût été amené à diagnostiquer une tumeur syphilitique de la base du crâne. Une tumeur susceptible d'intéresser sur leur trajet tous les nerfs moteurs de l'œil doit siéger assez profondément; quand en même temps elle provoque une hémiplégie du côté opposé, elle doit forcément se trouver au niveau du pédoncule cérébral. C'est un cas bien connu des paralysies alternes. L'auteur pense que l'exagération excessive des réflexes tendineux était un argument en faveur de la nature syphilitique de la lésion cérébrale.

A. MATHIEU.

II. — Homme de 64 ans, alcoolique. La veille de son entrée à l'hôpital, on remarque de l'incertitude dans la marche, et un ptosis de la paupière droite; le lendemain, il s'éveille avec la paupière gauche tombante et ne

Digitized by Google

peut plus se tenir debout. On l'apporte à l'hôpital. Il est agité, violent, loquace, répond d'une façon incohérente. Sans présenter de paralysie véritable, il a moins de force dans le bras droit. L'œil droit est complètement fermé; l'œil gauche incomplètement, par le prolapsus palpébral.

Le lendemain, moins d'agitation cérébrale; mêmes symptômes, plus une déviation conjuguée des deux globes oculaires du côté gauche : céphalée occipitale, urines involontaires. Cette situation persiste pendant dix jours en s'accompagnant d'un coma croissant : jusqu'au dernier jour, les membres inférieurs ne furent point paralysés.

Autopsie. — Cerveau congestionné, artères athéromateuses. Distension des ventricules latéraux par du liquide céphalorachidien. A la partie postérieure du 3e ventricule, est un caillot sanguin qui provient de la partie interne du pédoncule cérébral droit et qui s'étend jusqu'au *locus niger*, comprimant les tubercules quadrijumeaux. Le pédoncule gauche était légèrement atteint également dans ses fibres internes et supérieures. Il est remarquable qu'on n'ait pas eu, avec cette lésion, une hémianesthésie. H. R.

III. — Dans les troubles des mouvements combinés, latéraux des yeux, il faut distinguer la paralysie simple, l'excitation des droits latéraux et les phénomènes qui appartiennent à la catégorie des manifestations vertigineuses et des mouvements forcés (Zwangbewegungen)

Très fréquemment tout cela se combine, et le même foyer détermine à la fois de la paralysie et des mouvements forcés; ces derniers contribuent tout autant que la paralysie à la déviation des yeux. L'excitation du muscle antagoniste augmente la déviation due à la paralysie d'un droit latéral. Dans les cas aigus, cette excitation résulte de l'excitation exagérée, générale, d'origine cérébrale; dans les cas chroniques, il peut se faire une contracture permanente.

Cette contracture est beaucoup plus accentuée sur l'œil dans lequel le droit externe est paralysé, tout au moins tant que les mouvements de convergence sont conservés (strabisme convergent).

En laissant de côté les lésions qui siègent au voisinage des noyaux oculo-moteurs, on trouve que les foyers cerébraux qui donnent lieu à la déviation conjuguée des yeux produisent presque toujours cette déviation dans le sens latéral du champ visuel. La raison en est qu'il n'existe qu'une voie unilatérale pour ces mouvements, tandis qu'il existe des voies bilatérales pour les autres mouvements.

Ce symptôme peut résulter de la lésion de fibres dont le trajet est très étendu. Cette lésion n'est pas forcément localisée dans un point déterminé de ce trajet. D'autre part la distinction entre la paralysie et l'excitation est souvent très difficile, et, de plus, le cervelet joue un rôle important dans la direction des mouvements des globes oculaires. Il en résulte qu'au point de vue des localisations, la déviation combinée des yeux présente par elle-même une valeur diagnostique bien minime. Ce symptôme n'indique sûrement que la lésion cérébrale; mais lorsqu'il se trouve lié à d'autres manifestations, il peut être très utile au point de vue du diagnostic topographique de la lésion.

La déviation des yeux est souvent accompagnée de la rotation de la tête dans le même sens; mais la rotation de la tête peut très bien se produire sans déviation oculaire. Ces relations et leur signification demandent de nouvelles études. A. MATHIEU.

IV. — Enfant de 9 ans, d'une famille de névropathiques. Début de la mala-

Digitized by Google

die, deux ans après une rougeole grave, par des vomissements et un léger degré de strabisme de l'œil gauche. Bientôt se montrent des secousses partielles dans le bras gauche, qui devient plus faible; la faiblesse gagne ensuite la jambe. Trois semaines après le début des accidents, on note un strabisme convergent de l'œil gauche, une hémiplégie faciale du côté gauche, et une parésie de la jambe et du bras gauches. La parole et l'intelligence sont intactes.

On diagnostique une lésion de la protubérance au point d'émergence des 6e et 7e paires craniennes. La suite du cas prouve qu'il s'agit vraisemblablement d'une tumeur, car on constata les signes d'une névrite optique et la réaction de dégénérescence des muscles de la face. L'auteur, discutant le diagnostic, conclut à la présence d'un tubercule de la protubérance; mais l'autopsie ne put être faite. H. R.

V. — Garçon de 17 ans. Six mois avant son entrée à l'hôpital, troubles visuels et légers désordres intellectuels. Apparence tuberculeuse; un peu d'albuminurie; pas de glycosurie.

Le symptôme principal consiste en une ataxie singulière. Couché, il remue bras et jambes avec précision; debout, il vacille, inclinant presque toujours à droite, et tombe au bout de quelques pas, qu'il ait ou non les yeux ouverts. Son bras droit est pris de temps en temps de tremblement. Pas de paralysie des muscles de la face, de la langue ni du pharynx; mais troubles visuels sérieux, cécité complète de l'œil gauche; à l'ophtalmoscope, névro-rétinite. Au point de vue psychique, notable degré d'hébétude et de mutisme. Priapisme. On diagnostique une tumeur du cervelet, probablement tuberculeuse. Bientôt la paralysie devint complète, la cécité et la surdité bilatérales : l'enfant mourut dans le coma, avec la respiration de Cheyne Stokes.

A l'autopsie, tumeur du volume d'un petit œuf, occupant le 4e ventricule, d'apparence gélatineuse, vasculaire, ayant peu d'adhérence avec l'épendyme : dilatation et hydropisie secondaire considérable de tous les ventricules.

Le microscope montra qu'il s'agissait d'une tumeur villeuse développée aux dépens des plexus choroïdes. H. R.

VI. — Mauthner a insisté sur l'utilité de l'examen des urines dans le diagnostic du siège des paralysies oculaires.

Une femme de 37 ans, frappée d'une grosse pierre à l'occiput et à la région pariétale, perd connaissance. Elle a une hémorragie par le nez et l'oreille gauche, et vomit. Quinze jours après l'accident, l'auteur constate une paralysie complète du moteur externe gauche, sans autre lésion oculaire; grande excitation, insomnie, terreurs nocturnes, polydipsie et polyurie. Pas d'albumine, pas de sucre, poids spécifique 1020.

L'existence de la polyurie et l'ophtalmoplégie permettent de localiser la lésion traumatique au plancher du 4e ventricule. Au bout de quatre semaines, la paralysie est en partie guérie, la polyurie a diminué, le sommeil est calme. Guérison complète dans la suite. L. GALLIARD.

VII. — Sujet de 38 ans, atteint, il y a deux ans, de paralysie de l'accommodation et de dilatation pupillaire à droite, trois mois plus tard de ptosis, la paralysie des droits interne et inférieur à droite, de ptosis et de paralysie du droit externe à gauche.

Un an plus tard, anesthésie dans le domaine du trijumeau droit, contracture intermittente des muscles de la face.

Six mois plus tard, faiblesse et amaigrissement de l'avant-bras droit, atrophie des premiers interosseux et des muscles de l'éminence thénar avec perte de la contractilité faradique. Donc atrophie musculaire progressive.

La lésion descendante, d'abord encéphalique (noyaux), a épargné le bulbe pour envahir les cornes antérieures de la moelle. L. GALLIARD.

VIII. — La maladie avait débuté chez un homme de 47 ans, scieur de

Digitized by Google

bois, par des troubles de la parole. Quatre mois après survenaient des troubles de la déglutition, puis bientôt de l'amaigrissement et de la faiblesse des mains telle qu'il lui était impossible de ramasser les morceaux de bois. La salive s'écoulait constamment par la bouche, et au moment de l'entrée, dix mois environ après le début, on constatait de l'atrophie et de la paralysie de la langue et des lèvres. Il y avait dans différents muscles des secousses fibrillaires. Les extrémités supérieures étaient atrophiées dans leur totalité. Dans les muscles atteints, on constatait la réaction de dégénérescence avec conservation de l'excitabilité faradique. L'affection avait duré précisément une année lorsqu'elle prit une marche plus rapide, il survint de la dyspnée et le malade fut enlevé par une broncho-pneumonie.

A l'autopsie, on trouva de l'atrophie dégénérative des muscles de la langue, des lèvres et des mains ; une atrophie partielle des nerfs destinés à l'innervation des muscles atteints et des racines correspondantes, au niveau du renflement médullaire. Le noyau de l'hypoglosse avait subi une atrophie notable, l'atrophie était moins marquée sur ceux du pneumogastrique. C'est à peine s'il y avait quelque lésion appréciable. Un peu de pigmentation exagérée seulement du noyau du facial. Il est vrai que cette pigmentation était plus marquée dans le noyau commun du facial supérieur et de l'abducteur. Toutefois, dans ces deux noyaux, il y avait une hyperémie exagérée et un épaississement de la névroglie.

Dans les pyramides et sur le trajet du faisceau pyramidal sur toute la longueur de la moelle, il y avait un certain degré de sclérose, sans dégénérescence des tubes nerveux.

L'auteur fait suivre cette observation de considérations intéressantes. Il explique, par une sorte d'idiosyncrasie cellulaire, que les désordres paralytiques et atrophiques aient été plus marqués dans les lèvres que dans le domaine du facial supérieur, malgré l'égalité des lésions entre le noyau du facial inférieur et le noyau commun du facial supérieur et de l'abducteur.

Il pense que la lésion des grandes cellules motrices (qui se rencontrait aussi à la région cervicale) était primitive : les désordres fonctionnels étaient en effet plus en rapport avec la lésion des cellules qu'avec celle du faisceau pyramidal atteint, en second lieu sans doute, et plus légèrement.

Il se représente l'affection à la façon de Leyden : c'est une maladie qui peut porter sur tout le trajet nerveux cortico-musculaire et atteindre isolément les cellules et les faisceaux pyramidaux, ou les atteindre successivement, sans que la lésion des cellules commande la lésion des faisceaux.

Dans un cas de Déjerine, très analogue du reste sur les autres points, bien que la lésion du faisceau pyramidal ait été beaucoup plus marquée, l'atrophie et le trouble fonctionnel des muscles de la face, de la langue et du pharynx, n'étaient pas plus prononcés que dans le cas de Freund : c'est donc à la lésion cellulaire qu'il faut les attribuer.

ALBERT MATHIEU.

IX. — On sait qu'on désigne sous le nom de paralysies pseudobulbaires des états morbides simulant les paralysies du bulbe par leurs troubles dans les muscles de la déglutition, de la parole et de la respiration, bien que ces états soient sous la dépendance d'affections de régions plus centrales de l'encéphale. Depuis 12 ans on a publié un bon nombre de faits de ce genre, qui peuvent être rangés en deux catégories.

Digitized by Google

La première catégorie comprend ceux où de vastes lésions du cerveau interrompent les communications avec les noyaux bulbaires. C'est ici que se placent un cas de sclérose cérébrale relaté par Jolly en 1872, et les cas de démence paralytique avec paralysie des muscles de l'articulation.

La deuxième catégorie embrasse les faits où des foyers bilatéraux ou unilatéraux placés dans les ganglions de la base reproduisent le tableau de la paralysie bulbaire. Joffroy en a le premier signalé l'existence en 1872, et on peut y rapporter la majeure partie des observations de paralysie pseudobulbaire connues jusqu'ici, notamment celles toutes récentes de Berger.

Le diagnostic différentiel est basé sur l'apparition d'attaques apoplectiques et sur l'absence d'atrophie ainsi que de réaction de dégénérescence de la langue dans la paralysie pseudobulbaire.

Mais Jolly estime nécessaire d'ajouter aux deux catégories précédentes un troisième exposé de faits dont la symptomatologie ressemble non plus à la paralysie bulbaire progressive à marche chronique, mais à la paralysie aiguë du bulbe.

Il relate à l'appui un fait dans lequel l'affection a entraîné la mort au bout de 16 jours, au milieu des symptômes suivants : faiblesse rapidement croissante des jambes et des bras, puis des muscles de la nuque ; dès le début, trouble considérable dans l'articulation des mots avec difficulté à mouvoir la langue et à avaler, et plus tard aphonie. La femme succomba dans le coma, sans avoir eu d'attaques apoplectiques. Mais quelques mois avant le début de sa maladie elle avait eu des paroxysmes de céphalée si douloureux qu'elle tenta une fois de se suicider.

Autopsie. — Lésions très étendues, occupant surtout la substance blanche du cerveau avec foyer de ramollissement rouge, au centre de la partie antérieure du corps calleux. Les régions des hémisphères les plus malades étaient celles entre les circonvolutions centrales et la capsule interne.

Plus bas, on pouvait encore suivre les lésions, avec une intensité décroissante, jusque dans les pédoncules cérébraux ; elles se traduisaient par une accumulation énorme de corpuscules lymphatiques à l'entour des vaisseaux.

Il existait aussi un petit foyer au voisinage du noyau du facial, tandis que les noyaux de l'hypoglosse, du pneumogastrique et du glosso-pharyngien étaient sains. J. B.

X. — Jeune fille de 22 ans, issue d'une famille à la fois névropathique et tuberculeuse. Début des accidents, quatre ans auparavant, par des nausées et des vomissements, survenant de loin en loin ; puis, il y a un an, sensation de faiblesse, bourdonnements d'oreilles, céphalée postérieure suivie de crises de vomissements et de défaillance, avec faiblesse extrême de la respiration et du pouls. Bientôt, ces accès de défaillance se rapprochent, en même temps qu'apparaissent des troubles oculaires (diplopie passagère) et de la surdité. La malade éprouve également une perversion du goût et de l'odorat. Cependant elle peut marcher et vient consulter l'auteur à pied. Elle offre l'apparence extérieure d'une parfaite santé. L'examen ne révèle que de la dilatation des pupilles et un certain degré de choroïdite profonde, avec névrite optique. Le soir même, rentrée chez elle, elle éprouve une crise syncopale et meurt.

L'autopsie du cerveau, faite avec Hughes Bennett, donna les résultats suivants :

Adhérences de la dure-mère, surtout au niveau de la fosse cérébelleuse postérieure, notable quantité de liquide céphalorachidien (ventricules dilatés);

Digitized by Google

l'hémisphère droit du cervelet est en majeure partie détruit par la compression d'une tumeur d'apparence cartilagineuse, de la grosseur d'un œuf de poule, qui occupe la moitié droite de la fosse occipitale droite. Cette tumeur prend naissance sur la dure-mère, et a comprimé le lobe droit du cervelet et une partie du bulbe. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une masse tuberculeuse. H. R.

XI. — Homme âgé de 30 ans, a eu à l'âge de 3 ans une « fièvre cérébrale grave », qui a beaucoup retardé son développement intellectuel. A eu toutes les peines du monde à apprendre à lire et à écrire ; il a été impossible de lui apprendre une profession. A partir de l'âge de 30 ans, sa maladresse et son insuffisance intellectuelle ont fait des progrès. Démarche titubante. Le patient est devenu indiscipliné; il avait une tendance à s'échapper au loin du domicile paternel ; il est devenu en proie à une agitation désordonnée, entretenue en partie par des hallucinations de l'ouïe. Il fallut le faire interner dans une maison de santé, où l'agitation persista au point qu'on ne parvenait à faire dormir le malade qu'en lui administrant des narcotiques. Au bout de quelques mois, mort subite, sans cause extérieure apparente.

A l'autopsie, on trouve de la pachyméningite externe, de la leptoméningite chronique, de l'hyperémie des méninges, de l'hydrocéphalie chronique, externe et interne, de la sclérose avec atrophie du cervelet (114 grammes). A noter que la mort subite, dans le cas de sclérose du cervelet, a été signalée comme une terminaison relativement fréquente des affections cérébelleuses.

E. RICKLIN.

Beitraege zur pathologischen Anatomie des centralen Nervensystems (Contribution à l'anatomie pathologique du système nerveux central), par RUMPF (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr., Band XVI, Heft 2, p.* 410, 1885).

1° — *Sur la syphilis du cerveau et de la moelle.* — Le malade dont l'auteur relate l'observation a été frappé d'une hémiplégie droite onze mois après avoir contracté la syphilis. Le traitement spécifique et l'emploi de l'électricité ont été sans influence sur l'hémiplégie. Au bout de quelques mois, celle-ci s'est compliquée d'une paralysie spasmodique des membres inférieurs. Un peu plus tard est survenue de l'incontinence d'urine et des matières fécales, une sensation de constriction en ceinture et finalement une diminution de la sensibilité aux deux membres inférieurs. Le malade a succombé aux suites d'une ulcération de décubitus environ deux ans après l'apparition de l'hémiplégie.

A l'autopsie on a découvert un foyer apoplectique de vieille date occupant dans l'hémisphère gauche l'extrémité interne du noyau lenticulaire, empiétant un peu sur la capsule interne et sur le corps strié. Du coté de la moelle il existait: 1° une dégénérescence secondaire du faisceau pyramidal latéral à droite ; 2° une dégénérescence du cordon latéral à gauche, qui commençait à l'entrecroisement des pyramides, occupant une étendue transversale moindre, au niveau de la moelle cervicale, que la dégénérescence du côté opposé et qui gagnait en étendue de haut en bas; 3° une dégénérescence des cordons de Goll, qui s'étendait aux cordons cunéiformes, au niveau du segment dorsal; 4° dans l'épaisseur de ce segment, la moelle était le siège d'un travail inflammatoire qui occupait toute son épaisseur et qui se cantonnait dans les cordons postérieurs le long du segment lombaire. Dans la moitié gauche de la protubérance, les faisceaux pyramidaux étaient d'une intégrité complète; dans la moitié droite, ces mêmes faisceaux étaient envahis par la dégénérescence secondaire.

En somme, d'après l'auteur, il s'agissait, dans ce cas, d'une dégénérescence secondaire des faisceaux pyramidaux du coté droit, à laquelle s'est associée plus tard une sclérose primitive du cordon latéral gauche, et une myélite

Digitized by Google

transversale du segment dorsal, qui tenait peut-être sous sa dépendance la sclérose du cordon latéral gauche. Toutes ces lésions s'étaient développées sous l'influence de la syphilis, comme le prouvent les altérations vasculaires constatées dans les centres nerveux; sur tous les vaisseaux on constatait l'épaississement des parois, la prolifération des noyaux, la disparition des lignes de démarcation entre les différentes couches de la paroi, diminution du calibre des vaisseaux, thromboses d'un certain nombre de petites veines, autrement dit artérites et phlébites, de degrés variables sur différents vaisseaux.

2° — *Atrophie des circonvolutions centrales, consécutive à une paralysie infantile.* — Le sujet de l'observation avait été affecté d'une paralysie du côté droit, puis du côté gauche, à l'âge de 3 ans. La paralysie s'était développée à la suite d'une affection fébrile de courte durée. A gauche, elle avait été éminemment transitoire; à droite, elle avait laissé des traces durables, sous forme d'un arrêt de développement de la face et des membres, avec insuffisance fonctionnelle. Le malade a été emporté à l'âge de 18 ans par la phtisie pulmonaire.

A l'autopsie, on a constaté : une atrophie notable de la circonvolution centrale à gauche; l'hémisphère du même côté pesait 442 grammes, et l'hémisphère droit 456 grammes; l'arrêt de développement intéressait les parties profondes de l'hémisphère gauche; ainsi, la capsule interne mesurait $4^{mm}3/4$ de largeur de ce côté, contre $7^{mm}1/2$ du coté opposé. On ne trouvait d'ailleurs aucune trace d'un foyer de ramollissement dans l'encéphale. Dans la moelle, la colonne grise antérieure était atrophiée à droite; cette atrophie, très prononcée au niveau du segment cervical, allait en diminuant de haut en bas; dans le segment lombaire, il n'en restait plus de traces. Atrophie proportionnelle du cordon latéral à droite. Sous le microscope, on constatait que la diminution de volume de la colonne antérieure était le résultat d'une atrophie des cellules ganglionnaires. Pour l'auteur, l'atrophie relative de l hémisphère gauche était le résultat d'un arrêt de développement des territoires moteurs consécutif aux lésions spinales de la paralysie infantile.

3° — *Sur la pathologie du cervelet.* — A l'autopsie d'un chat âgé de 8 semaines et qui de son vivant avait présenté les symptômes d'une affection cérébelleuse (troubles de l'équilibration, tels qu'ils se développent sous l'influence de l'ébriété), on a découvert une atrophie du cervelet assez prononcée sans autre anomalie. Le cervelet mesurait 18, 9 et 6 centimètres dans les trois sens, tandis que, chez un autre chat de même âge, ces dimensions étaient de 21, 26 et 17 centimètres. L'atrophie intéressait particulièrement la partie médiane du cervelet. E. RICKLIN.

Surdité verbale, aphémie et hémianesthésie corticale, par PERRET (*Lyon méd.*, 31 *janvier* 1886).

Femme de 68 ans, trouvée chez elle sans connaissance; la paralysie dure peu et, quand elle entre à l'hôpital, la malade marche sans traîner la jambe. Pas de contracture, persistance des réflexes; diminution de la sensibilité du côté droit. Les troubles de la parole sont très marqués; elle répond à tout : Oui, monsieur, il y a longtemps.

Deux mois plus tard, la parole est un peu revenue, mais elle prend un mot pour l'autre; l'intelligence est très nette. L'ouïe est intacte; mais il y a de la surdité verbale.

En janvier (4e mois de son séjour) la parole revient progressivement, la surdité verbale s'efface, l'hémianesthésie a disparu.

Mort de pneumonie en février; au début de l'affection intercurrente, on avait constaté le retour de l'aphémie et de la surdité verbale.

Digitized by Google

A l'autopsie, rien dans les circonvolutions frontales. Ramollissement du lobule de l'insula, du lobule pariétal supérieur dans sa partie postérieure, du lobule du pli courbe, et de la 1re circonvolution de passage pariéto-occipitale. Ramollissement également des 1re, 2e et 3e circonvolutions occipitales et des trois quarts postérieurs des deux circonvolutions temporales. Lésions de la pneumonie à droite. Artères athéromateuses. Pas d'autres lésions.

Les coupes du cerveau montrent que le ramollissement pénètre dans le centre ovale et arrive jusqu'au voisinage de la capsule externe; mais que les corps opto-striés, la capsule interne et la circonvolution de Broca sont intacts. A. C.

Contributo clinico alla localizzazione del centro olfattivo, par CARBONIERI (*Rivista clinica di Bologna, septembre* 1885).

Martinelli, âgé de 27 ans, avait présenté plusieurs fois des troubles sensoriels, et notamment avait pendant quelques minutes la sensation d'une odeur nauséabonde. Cet état s'accompagna bientôt de céphalie, de fourmillements dans la moitié gauche du corps et enfin de vomissements. Les accès devinrent d'abord plus fréquents, puis plus prolongés. Il succomba à une péritonite tuberculeuse.

On trouva à l'autopsie un gros tubercule dans l'épaisseur de la circonvolution occipito-temporale externe et de la circonvolution de l'hippocampe. Sans conclure d'une manière absolue, l'auteur pense que ce fait vient à l'appui de l'opinion des physiologistes qui localisent le centre olfactif dans le gyrus de l'hippocampe. F. BALZER

Névralgie et paralysie oculaire à retour périodique, constituant un syndrome clinique spécial, par H. PARINAUD et P. MARIE (*Archives de neurol., vol. XI, p.* 75).

Cette affection est caractérisée, d'abord par une périodicité spéciale, en second lieu par l'association de deux symptômes : la névralgie et la paralysie des muscles de l'œil.

Il y a tout d'abord malaise général avec phénomènes gastriques et douleurs, suivis après un laps de temps plus ou moins long, de paralysies oculaires avec diplopie et strabisme ; ces paralysies ont, elles aussi, une durée variable, et peuvent persister avec une intensité très affaiblie, il est vrai, plusieurs mois après la disparition des premiers symptômes. Enfin, il est très fréquent d'observer des récidives et surtout la périodicité de celles-ci.

Cette affection débute dès l'enfance. Elle semble de même nature que la migraine. On devra la distinguer des cas où il existe des paralysies oculaires à répétition, ainsi qu'on peut l'observer lorsqu'il y a des tumeurs de la base de l'encéphale, dans le tabes, dans la sclérose en plaques et parfois même dans la paralysie générale et dans la syphilis cérébrale.

DESCOURTIS.

I. — Ein Fall von acuter aufsteigender Paralyse (Paralysie ascendante aiguë), par J. HOFFMANN (*Arch. f. Psych. und Nervenk., Band XV, Heft* 1, *p.* 180).

II. — Des différentes formes de leptomyélites tuberculeuses, par RAYMOND (*Revue de médecine*, 10 *mars* 1886).

III. — Étude sur les méningo-myélites chroniques, par Ch. BÉHIER (*Thèse de Paris*, 1885).

Digitized by Google

IV. — Ueber das Gliom des Rückenmarks, etc. (Gliome de la moelle), par REISINGER (*Arch. f. path. Anat. und Phys., XCVIII, Heft* 3, *p.* 369).

V. — Fibrosarcoma Epistrophie : acute cervical Paraplegie (Fibrosarcome de l'axis : paraplégie cervicale aiguë), par E. WINGE (*Deutsche Arch. f. klin. Med. XXXVIII, p.* 65).

VI. — Note sur un cas de tubercule de la moelle, par BELLANGÉ (*Encéphale, n°* 6, *p.* 655, 1885).

VII. — Ueber neuere und günstige Formen von Hemiläsion des Rückenmarks (Formes nouvelles et favorables d'hémilésion de la moelle), par ROSENTHAL (*Soc. de méd. de Vienne*, 4 *décembre* 1885).

VIII. — On a case of multiple spinal and cerebral tumours (Sarcomata) (Sarcomes multiples de la moelle et du cerveau, syringomyélie), par Thomas HARRIS (*Brain, p.* 447, *janvier* 1886).

IX. — Ueber symmetrische Gangrän und locale Asphyxie, par HOCHENEGG (*Wien. med. Jahrb., p.* 569, 1885).

X. — Étude sur un cas de pied tabétique, par A. CHAUFFARD (*Soc. méd. hôp.*, 4 *novembre* 1885).

XI. — Du pied bot tabétique, par JOFFROY (*Ibidem*, 25 *novembre* 1885).

XII. — Arthropathie de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce chez un ataxique, par RICHARDIÈRE (*Revue de médecine, février* 1886).

XIII. — Myositis ossificans progressiva, par E. SCHWARZ (*Deutsch. med. Woch., n°* 50, 1885).

XIV. — Tabes, élongation des sciatiques, autopsie, par J. TEISSIER (*Lyon méd., p.* 18, 3 *janvier* 1886).

XV. — An account of two families, several members of which are ataxic (Note sur deux familles d'ataxiques), par J. ORMEROD (*Med. chir. Trans., LXVIII, p.* 147, 1885).

XVI. — Recherches sur l'anatomie pathologique de la sclérose en plaques et l'étude comparative des diverses variétés de sclérose de la moelle, par J. BABINSKI (*Arch. de physiol.*, 15 *février* 1885).

XVII. — Remarks on a case of disseminated sclerosis (Sclérose en plaques à symptomes insolites), par A.-M. EDGE (*Lancet, septembre* 1885).

XVIII. — A case of amyotrophic lateral sclerosis (Sclérose latérale amyotrophique, contraction clonique de la mâchoire inférieure), par C.-E. BEEVOR (*Brain, p.* 516, *janvier* 1886).

XIX. — Ein Fall von lateraler amyotrophischer Sklerose, par A. KOSCHEWNIKOFF (*Centralbl. f. Nervenheilk., n°* 18, 1885).

XX. — Ueber einen Fall von spastischer Spinal-Paralyse (Paralysie spinale spasmodique avec lésions constatées à l'autopsie), par C. WESTPHAL (*Arch. für Psych. und Nervenkr., Band XV, Heft* 1-3, *p.* 224).

XXI. — Contribution à l'étude des fausses scléroses systématisées de la moelle épinière, par POPOFF (*Arch. de neurologie, n°* 30, *p.* 305).

XXII. — Experimentelles über Sehnenreflexe (Expériences sur les réflexes tendineux), par MOMMSEN (*Berlin. kl. Woch., p.* 473, *juillet* 1884).

Digitized by Google

I. — Une femme de 36 ans, qui s'était imposé des fatigues extraordinaires depuis deux jours, et qui éprouvait, depuis une semaine, un grand abattement, fut obligée de suspendre brusquement ses occupations par suite des progrès subits de la prostration; c'était le 17 juillet. Les règles s'étaient montrées la veille, pour s'arrêter le lendemain, jour où elle s'arrêta de travailler. Dans la nuit du 17 au 18, sensation de frémissements dans les cuisses. Le 19, la malade est obligée de garder le lit; l'impuissance motrice gagne les membres supérieurs. Le 21, elle essaie de se lever et s'affaisse sur elle-même. Le 25, elle ressent une certaine difficulté pour mastiquer les aliments. Le 29, surviennent des troubles de la déglutition, un certain degré de ptosis à droite, avec épiphora; douleurs constrictives dans la région des tempes.

Entrée à l'hôpital le 1er août : on constate une paralysie très accusée aux membres inférieurs, moindre aux membres supérieurs; ni atrophie, ni contracture des muscles. Sensibilité intacte sous tous ses modes. Le réflexe plantaire est conservé; abolition du phénomène du genou. Paralysie faciale double, paralysie des masticateurs. Impossibilité de déglutir les aliments solides. Sialorrhée abondante. Les sons sont mal articulés. Pas d'aphonie. A droite, légère parésie du muscle releveur de la paupière. Rien du côté des autres nerfs craniens et des autres organes. Pouls, 82; pas de fièvre.

Le lendemain, 2 août, la dysphagie fait des progrès considérables. Rétention d'urine qui nécessite le cathétérisme. Parésie des muscles qui maintiennent la tête. La température interne s'élève. Dyspnée attribuable à l'envahissement du diaphragme par la paralysie; la malade succombe, le 3 août, à l'asphyxie.

A l'autopsie, on trouve les lésions d'une myélo-méningite intéressant la moelle et le bulbe. A l'œil nu, on découvrait déjà, au niveau des cordons postérieurs et latéraux, des taches grisâtres. Les lésions constatées à l'aide du microscope consistaient dans une infiltration très intense des parois vasculaires de la pie-mère et de l'arachnoïde, par des cellules granuleuses. Cette infiltration s'étendait à la substance nerveuse avoisinante. Dans les corps restiformes et dans les pyramides, un certain nombre de cylindres-axes étaient envahis par une infiltration considérable avec formation de vacuoles. On découvrit de même dans la moelle, et particulièrement dans les segments cervicaux et dorsaux, des groupes disséminés de cylindres-axes tuméfiés, principalement dans les cordons latéraux, et aussi dans les cordons antérieurs et dans la portion médullaire des racines antérieures. Les grosses cellules ganglionnaires des racines antérieures présentaient un éclat insolite et paraissaient boursouflées, leur noyau se dessinait mal; pas de vacuoles. Rien dans le renflement lombaire. Quelques fragments de muscles examinés sous le microscope présentaient une structure normale.

Il s'agit, en somme, d'un nouvel exemple de paralysie ascendante aiguë de Landry, avec lésions palpables constatées à l'autopsie.

E. RICKLIN.

II. — Au cours de la tuberculose pulmonaire ou généralisée, chronique ou aiguë, on peut observer des myélites de nature tuberculeuse, que Raymond range sous deux chefs : 1° les myélites chroniques à marche assez lente, caractérisées anatomiquement par l'existence d'une ou de plusieurs tumeurs tuberculeuses d'assez fort volume avec début ou achèvement de dégénérescence secondaire. Ce groupe est bien connu. Hayem, entre autres, en a publié une observation détaillée; 2° les myélites aiguës qui se présentent sous deux formes distinctes très voisines en apparence : *a*) les myélites diffuses nodulaires; *b*) les myélites diffuses infiltrées. Ces deux formes peuvent et doivent presque coexister. Ces deux dernières variétés ont beaucoup moins attiré l'atten-

Digitized by Google

tion, surtout en ce qui a trait à la forme infiltrée. Il n'y a cependant là rien de particulier quand on y réfléchit. Dans tous les autres organes on a décrit des tubercules infiltrés, aujourd'hui admis, comme d'origine spécifique au même titre que la granulation grise : pourquoi n'en serait-il pas de même pour la moelle? La forme nodulaire correspond aux observations publiées par Liouville. Cliniquement, ces myélites aiguës se caractérisent par des hyperesthésies, des plaques d'anesthésie au niveau des membres, de l'impotence fonctionnelle, une vraie paralysie même dans quelques cas : chez d'autres malades, il y aura prédominance de la raideur, voire même de la contracture. Ces myélites demandent à être recherchées souvent à l'aide du microscope, car si on néglige de pratiquer l'examen histologique, on peut, dit l'auteur, attribuer à des troubles périphériques ce qui doit être rapporté à la moelle. Incidemment, il dit que les recherches qu'il a faites du côté du système nerveux périphérique dans ces cas lui ont toujours fourni un résultat négatif.

C. GIRAUDEAU.

III. — Dans ce travail intéressant, publié sous l'inspiration de Raymond, l'auteur étudie certaines variétés de méningo-myélites chroniques, se traduisant cliniquement par des signes de sclérose en plaques à forme spinale, ou d'ataxie locomotrice.

Dans un premier groupe, Béhier comprend les faits de leptomyélite en plaques. Chronique d'emblée, la leptomyélite en plaques débute par des troubles sensitifs (névralgies, fourmillements, etc.), puis par des troubles moteurs, c'est la période d'état. Le malade se fatigue facilement; bientôt il accuse dans les jambes et les mollets, à la suite de mouvements un peu brusques, des crampes passagères, qui dégénèrent parfois en véritable contracture. En même temps les troubles sensitifs s'accentuent, des douleurs fulgurantes traversent les membres inférieurs, le malade se plaint de douleurs en ceinture, de constriction thoracique; la sensibilité est peu atteinte dans la plupart des cas, cependant on peut trouver, surtout sur les membres, quelques plaques d'anesthésie ou d'hyperesthésie. A tout cet ensemble, vient se surajouter le tremblement. Dans les cas légers, la marche est encore possible, quoique incertaine, le malade chancelle, les jambes plient à chaque pas, mais ne sont pas projetées en avant. Les réflexes sont tantôt exagérés, tantôt normaux, rarement diminués, parfois un peu d'épilepsie spinale.

Ce tableau symptomatique de la leptomyélite en plaques est aussi celui de la sclérose en plaques; aussi le diagnostic différentiel est-il assez difficile; néanmoins on pourra le tenter en se basant sur les signes négatifs : en effet, la leptomyélite étant limitée le plus souvent à la moelle, dans la région dorsolombaire plus particulièrement, dans aucun cas on ne trouvera les phénomènes cérébraux de la sclérose en plaques : troubles de la vue, troubles de la parole. Pas de troubles trophiques, pas de tendance à l'extension et à l'aggravation dans la méningite.

Quand les plaques siègent sur les cordons postérieurs et n'atteignent que peu les racines, il peut se faire, comme dans une observation de Jaccoud, que le tableau clinique simule l'ataxie, dont la méningite diffère cependant par la conservation, partielle au moins, de la sensibilité, et l'apparition de troubles moteurs contemporains des autres symptômes de leptomyélite.

Digitized by Google

Le traitement est purement symptomatique.

Dans un deuxième groupe, Béhier comprend sous le nom de méningite spinale pseudosystématique des faits déjà étudiés par Westphal et Déjerine, et en décrit deux variétés : la leptomyélite chronique postérieure, et la leptomyélite chronique latéro-postérieure, ou sclérose combinée de Westphal.

S'observant assez fréquemment dans la paralysie générale des aliénés, la leptomyélite chronique postérieure se traduit d'abord par de l'irritabilité médullaire. L'hyperesthésie en plaques, les douleurs fulgurantes, un léger tremblement non volitionnel, la marche incertaine; tels seront les premiers symptômes. Plus tard se dessinent l'incoordination motrice, l'anesthésie, l'analgésie, l'abolition des réflexes tendineux, et le malade offre tout à fait l'aspect de l'ataxique. Aussi Erb admet-il que, dans certains cas d'ataxie, la méningite est la lésion primordiale. Toutefois il faut remarquer que, contrairement à ce qui a lieu pour l'ataxie vraie, dans la leptomyélite chronique postérieure, la sensibilité cutanée est modifiée la première, la sensibilité profonde ne l'est que secondairement, le tremblement et la parésie sont aussi plus précoces dans la méningite.

Arrivée à cette période, la maladie peut suivre deux marches absolument différentes : ou bien il s'agit d'une paralysie générale dont les symptômes deviennent évidents, ou bien apparaissent des signes de sclérose latérale et nous entrons dans le deuxième type, celui de la sclérose combinée de Westphal.

Dans tous ces cas, aux symptômes de leptomyélite postérieure que nous venons de décrire, viennent s'en ajouter d'autres qui indiquent la perte de l'intégrité des cordons latéraux : ce sont des crampes, de la parésie, des contractures passagères ou permanentes, du tremblement. Les réflexes sont presque toujours conservés, l'anesthésie moins profonde que dans l'ataxie simple. Enfin on observe un état spasmodique caractérisé tantôt par l'exagération des réflexes rotuliens, tantôt par des crampes et du tremblement; enfin par de la contracture définitive ou de l'épilepsie spinale. C'est la symptomatologie du tabes spasmodique de Erb, et, pour Ch. Béhier, comme pour Raymond et Popoff, cette dernière affection peut être le résultat d'une sclérose combinée d'origine méningée.

La seconde partie de la thèse est consacrée à la description des lésions anatomiques des leptomyélites, soit en plaques, soit pseudo-systématiques. Il n'y a rien de neuf à noter dans ce chapitre. E. D.

IV. — Le gliome de la moelle est le plus rare de tous. On ne le rencontre guère que 5 fois sur 100 cas de gliomes des centres nerveux et de l'œil. L'auteur résume les 19 observations antérieurement publiées par Hoffmann, Sander, Schultze, Lachmann, Westphall, Simon, Klebs, Strümpell, Bull, Schüppel, auxquelles il ajoute une vingtième qui lui est personnelle. Il rappelle les deux opinions émises sur la nature du gliome : Virchow, Charcot et la plupart des auteurs en faisant une tumeur développée aux dépens de la névroglie et dans laquelle les éléments nerveux disparaissent; Klebs, au contraire, lui donnant comme origine les éléments nerveux du système central. Il ne croit pas pouvoir se décider en faveur d'une de ces hypothèses au détriment de l'autre. Il cherche à rapprocher du gliome diverses affections décrites sous les

Digitized by Google

noms d'hydromyélie et de syringomyélie. Il pense que les cavités vides ou remplies de liquide rencontrées dans ces cas sont des altérations dépendant du gliome. Il pense que la partie centrale des gliomes se détruit par dégénérescence ou par le fait d'hémorragies interstitielles et que ces foyers de dégénérescence ou d'hémorragie donneraient lieu aux cavités observées. Cette opinion, d'ailleurs, a déjà été émise par Schultze. Il pense également que l'affection décrite par Hallopeau sous le nom de myélite périépendymaire doit être également une variété du gliome.

Dans l'étiologie du gliome de la moelle, l'auteur attribue une grande importance au traumatisme. Si la moelle cervicale est la partie de l'axe rachidien où cette tumeur s'observe le plus fréquemment, cela tiendrait à ce qu'elle est la plus vulnérable et celle qui subit le plus de mouvements. Dans son observation, c'est, en effet, la moelle cervicale et le bulbe qui sont atteints, la tumeur occupe la région périépendymaire et s'étend de l'entrecroisement des pyramides et se prolonge jusqu'à la partie inférieure du renflement cervical. Dans la région dorsale, on aperçoit quelques nodules gliomateux faisant saillie sous la pie-mère. Le gliome du filum terminale serait habituellement congénital. S'il se développe avant la fermeture du canal rachidien, il empêche cette fermeture et se trouve à la partie inférieure du canal rachidien; si la fermeture du canal est effectuée au moment où apparaît la tumeur, la cavité rachidienne et la tumeur se moulent, pour ainsi dire, l'une sur l'autre.

Les signes du gliome de la moelle n'ont rien de caractéristique; ils sont les mêmes que ceux des autres tumeurs de cette portion des centres nerveux; le phénomène le plus important serait une atrophie musculaire plus ou moins étendue. En présence d'un malade sur lequel on ne peut soupçonner ni syphilis, ni tuberculose et qui présenterait de la raideur de la nuque, avec sensation de constriction, une hémiplégie ou une paraplégie plus ou moins complète, des troubles de la vessie, de l'atrophie musculaire, des troubles trophiques, on peut penser à un gliome de la moelle cervicale. P. GALLOIS.

V. — Un homme de 47 ans éprouve depuis un mois des douleurs dans le côté droit de la tête, vers le pariétal et la face. Il lui semble que la tête n'est plus solide sur le cou. Ces douleurs vont en augmentant et retentissent dans toute la face. Il y a de la raideur dans les muscles du cou. Le malade est obligé de se soutenir la tête avec la main.

Le 12 mars, il éprouve un peu de faiblesse dans les bras. Le 14, étant au bain, il perçoit une sorte de craquement dans le cou et il est pris immédiatement de faiblesse de la voix et de paralysie des bras. Au moment où on l'examine, on trouve, en effet, les bras étendus le long du corps, absolument flasques et paralysés. Les membres inférieurs peuvent être mus, mais lentement et avec une certaine difficulté; ils sont le siège de tremblements. La connaissance est complète; la voix presque complètement aphone. Le visage pâle.

Le lendemain dans l'après-midi, après quelques efforts de défécation, le malade meurt subitement.

A l'autopsie, on constate que la tête est luxée en avant sur la colonne vertébrale. La partie supérieure du canal vertébral est rétrécie par l'existence d'une tumeur fibro-sarcomateuse dont le point de départ était dans le corps même de l'axis. Cette tumeur était recouverte par la dure-mère intacte. Le corps de l'axis est transformé en une masse molle, sans consistance, de telle sorte que l'apophyse odontoïde, non envahie, s'est détachée du corps et que

Digitized by Google

l'atlas pouvait très facilement exécuter des mouvements de glissement en avant. Pendant ces sub-luxations, la moelle cervicale a dû être comprimée de façon à donner lieu aux symptômes relevés dans l'observation. A. MATHIEU.

VI. — Homme de 36 ans, charretier, entré le 16 mai 1885 à Sainte-Anne. Les certificats de Legrand du Saulle et de Magnan portaient qu'il était atteint d'alcoolisme chronique, avec affaiblissement intellectuel, hébétude, phénomènes ataxiques, incapacité de travailler. Cet individu présentait les signes d'une sénilité prématurée. Couché, il pouvait à peine remuer sa jambe gauche et n'était pas maître de diriger ses mouvements; sur ce même membre inférieur gauche, on constatait une diminution, et, par places, l'abolition de la sensibilité. Réflexe tendineux aboli à gauche. Pupille droite plus large que l'autre. Embarras de la parole tel qu'on ne percevait qu'un grognement incompréhensible. Excitation; inconscience; appétit presque nul. Tuberculisation pulmonaire avancée; mort au bout de trois jours. A l'autopsie, le cerveau fut trouvé sain; il n'existait qu'une petite tumeur arrondie, constituée par un gros tubercule, et siégeant sur la moitié postérieure du cordon latéral gauche de la moelle, à la partie supérieure de la région lombaire. La corne postérieure avait disparu en ce point et les éléments nerveux étaient atrophiés. Peu de lésions ascendantes, aucune descendante.

DESCOURTIS.

VII. — Les causes connues d'hémilésion spinale sont les productions méningées, les foyers hémorragiques, les fractures et luxations de la colonne vertébrale, les tumeurs, les syphilomes.

L'auteur y ajoute le spondylitis cervical, dont il a observé 3 cas avec les symptômes classiques de l'hémilésion médullaire : hémiplégie directe, hémianesthésie croisée.

1° Fille de 18 ans, atteinte en janvier 1882 de douleur vive au cou avec raideur de la nuque et fièvre; ces symptômes ont diminué sous l'influence du traitement. Au mois de septembre, inclinaison de la tête, épaississement des 3e, 4e et 5e vertèbres cervicales, qui sont douloureuses à la pression et dont les mouvements sont nuls. Paralysie du membre supérieur droit, flexion des doigts, atrophie des muscles de l'épaule, du bras et de l'avant-bras. Parésie de la jambe du même côté avec exagération des réflexes tendineux. Pas d'anesthésie de ce côté, mais anesthésie et analgésie du côté opposé, sans paralysie. Il faut admettre, dans ce cas, une compression de la moelle par pachyméningite avec lésion limitée des racines et des cornes antérieures, et des cordons antéro-latéraux.

Traitement pendant cinq mois; on assiste d'abord à la restitution de la motilité, puis des sensations de contact, de la sensibilité à la douleur, puis de la thermo-esthésie et de la thermo-algésie, et enfin de la sensibilité au froid et de la douleur sous l'influence du froid. Guérison complète.

2° Spondylitis cervical chez une femme de 26 ans à la suite d'une chute : douleur, torsion du cou, hémiplégie gauche, hémianesthésie droite. Guérison au bout d'une année.

3° Homme de 24 ans; déviation des vertèbres du cou. A droite, hémiplégie, exagération des réflexes; à gauche, hémianalgésie, puis paralysie. Le malade devient donc paraplégique (myélite transverse) et meurt. Pas d'autopsie.

Rosenthal a observé les signes d'hémilésion chez une hystérique de 28 ans. Cette femme, atteinte de convulsions périodiques et d'ovarie gauche, fut atteinte d'hémiplégie gauche avec conservation de la sensibilité et d'analgésie du côté droit sans paralysie. Au bout de dix semaines, sous l'influence de l'électrisation, les symptômes d'hémilésion disparurent. L. GALLIARD.

VIII. — Homme de 38 ans, non syphilitique. Début, dix-huit mois aupa-

Digitized by Google

ravant, par des douleurs dans les deux jambes, plus marquées à la jambe gauche, suivies d'affaiblissement du membre et d'atrophie musculaire très prononcée du groupe des extenseurs. Bientôt les mêmes accidents se produisent à la jambe droite, et les muscles s'atrophient, tout en restant douloureux à la pression (réaction de dégénérescence à l'exploration galvanique). La paraplégie ne tarde pas à être complète, avec plaques d'anesthésie cutanée, paralysie vésicale et suppression des réflexes patellaires.

Quelques semaines plus tard, des douleurs névralgiques éclatent à la tempe droite et la sensibilité, comme le mouvement, s'abolissent progressivement dans la moitié droite de la face; l'œil correspondant s'altère et la cornée se ramollit, en même temps que le temporal et le masséter s'atrophient. Aucun trouble dans la sphère du facial, ni des autres nerfs craniens.

Par suite des progrès de la maladie, on note l'extension de l'anesthésie des membres inférieurs vers l'abdomen jusqu'à l'appendice xyphoïde. L'incontinence de l'urine s'accentue de plus en plus. Les membres supérieurs se prennent à leur tour et la poitrine ne subit plus son expansion normale : des escarres se forment aux talons et au sacrum. Finalement, le nerf de la 6e paire, à droite, et le nerf facial gauche paraissent atteints à leur tour, et le malade meurt épuisé.

Autopsie. — A l'œil nu, la moelle est épaissie et indurée au voisinage de la queue de cheval; elle a une consistance presque cartilagineuse, surtout au niveau du renflement lombaire. Au-dessus, au contraire, elle paraît distendue et ramollie : à la coupe, on observe manifestement une dilatation du canal épendymaire.

La moitié droite de la protubérance est remplacée par une production de même nature, de consistance cartilagineuse; un prolongement du néoplasme pénètre dans le lobe temporo-sphénoïdal; le ganglion de Gasser du côté droit est envahi par le tissu morbide. La cause immédiate de la mort est une pyélonéphrite suppurée.

L'examen histologique démontra qu'il s'agissait de tumeurs sarcomateuses à cellules fusiformes sur certains points; sur d'autres, à noyaux embryonnaires. Il semble que la tumeur de la queue de cheval ait été la première en date et que celles de la région dorsale et de la protubérance aient été plus récentes. Il existait également des dégénérations ascendantes et descendantes des cordons de la moelle, et une distension de l'épendyme, dont le canal était rempli de liquide. A ce propos, l'auteur passe en revue minutieusement les diverses théories pour expliquer l'hydromyélie et la syringomyélie. Nous renvoyons le lecteur à cette partie de son travail. H. R.

IX. — Hochenegg passe en revue les causes connues de gangrène symétrique des extrémités et publie un fait dans lequel on a trouvé une affection médullaire :

Sujet de 51 ans, hydrocéphalie chronique avec syringomyélie et dégénérescence des cordons postérieurs; dégénérescence postéro-latérale du côté droit. De ce même côté, gangrène de la main droite, du pouce et de l'index. La main gauche n'a présenté pendant la vie que de la cyanose, du gonflement, des bulles pemphigoïdes, mais pas de gangrène vraie. Les branches du plexus brachial droit offrent des atrophies nerveuses, pas de névrite. L. GALLIARD.

X. — Chauffard rapporte l'observation d'un ataxique atteint de la déformation caractéristique décrite par Charcot sous le nom de pied tabétique, mais offrant quelques particularités intéressantes. Le malade présentait les symptômes : absence du réflexe patellaire, anesthésie, ataxie bien plus accusée à gauche qu'à droite; sous la plante du pied, il y avait deux maux perforants, au niveau du sommet des gros et petit orteils; tandis que les ulcérations guérissaient, en l'espace d'un mois se constituaient les déformations très accusées du pied tabétique, affaissement de la voûte plantaire, saillie dorsale

Digitized by Google

du tarse, saillie du bord interne; de plus, il y eut chute spontanée du premier et du second orteil; les autres étaient irréguliers et emmêlés; dès que le malade marchait, le pied rougissait, et se couvrait d'une sueur abondante. Le pied est d'ailleurs toujours mort; la mensuration thermométrique donne, du côté gauche, partie interne, du dos du pied, 25°; partie externe, 28°; du côté gauche, partie interne, 34°,5; partie externe, 35°; soit un écart moyen d'environ 8 degrés; le malade affirme que la sensation de chaleur brûlante qu'il éprouve n'a commencé qu'avec le gonflement du pied. H. L.

XI. — Joffroy distingue deux degrés : dans le premier degré de cette déformation, l'extension du pied est exagérée; la pointe du pied s'incline en dedans, son bord interne se creuse et se relève, de sorte qu'il existe un varus équin. Le plus souvent, la déformation est symétrique; les orteils conservent leur position normale; les muscles de la jambe sont amaigris, mous; les malades peuvent facilement faire disparaître cette déformation, et fléchir le pied à angle droit. Cette déformation existe chez une femme alitée depuis deux mois, ce qui prouve que le repos au lit et le poids des couvertures ne sont pas seuls en cause dans la production de l'affection.

Au deuxième degré, il y a, en outre, une flexion prononcée des pieds, et l'on ne peut ni redresser les orteils ni fléchir le pied sur la jambe; l'obstacle siège au niveau du tendon d'Achille; mais, quoi qu'en dise Leyden, cela n'est pas dû à une contracture des muscles du mollet, qui sont flasques et mous. Joffroy a relevé cette déformation chez 5 femmes alitées depuis six, neuf et dix-huit ans, soit symétrique, soit unilatérale. Il l'explique par la disparition du tonus musculaire, quoique les muscles aient conservé leur contractilité faradique et galvanique; d'autre part, tandis que le ligament antérieur de l'article tibio-tarsien s'allonge, il se fait au niveau du tendon d'Achille des adhérences et brides fibreuses empêchant la flexion du pied, mais permettant le ballottement latéral.

H. L.

XII. — Le malade ataxique dont Richardière publie l'observation présentait comme particularités une arthropathie de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce de la main gauche ayant amené la luxation spontanée du pouce. Indépendamment du siège insolite de cette arthrite, on pouvait constater une hypertrophie des surfaces articulaires, ce qui est assez rare dans l'histoire des arthrites tabétiques, celles-ci s'accompagnant ordinairement, on le sait, d'usure des surfaces articulaires. Comme autres particularités, ce malade présentait des crises laryngées, une insuffisance aortique d'origine athéromateuse et avait perdu ses dents. C. GIRAUDEAU.

XIII. — Manœuvre de 47 ans ayant eu, au mois de juillet 1883, des douleurs lancinantes aux membres inférieurs; en septembre, on diagnostique chez lui l'ataxie. Un an plus tard, en octobre 1884, il entre à la clinique médicale de Zurich.

Outre les signes de l'ataxie, on constate chez lui des symptômes gastriques, de l'emphysème pulmonaire, et des exostoses multiples, à l'extrémité inférieure de l'humérus droit, au fémur du même côté.

Les muscles de la cuisse droite offrent des particularités intéressantes : entre les adducteurs et le biceps, dans l'épaisseur du demi-membraneux, existe une plaque dure et lisse ayant 22 centimètres de longueur, 9 de large et 1 à 2 centimètres d'épaisseur; cette plaque libre et mobile paraît constituée par du tissu osseux. Une autre plaque moins volumineuse semble s'être développée dans le demi-tendineux.

On remarquera la coïncidence de l'ataxie avec l'ossification des mus-

Digitized by Google

cles. Comme le sujet est atteint de choroïdite, l'auteur admet chez lui la syphilis comme cause de ces accidents. L. GALLIARD.

XIV. — Teissier montre les lésions constatées à l'autopsie d'un tabétique qui avait subi en 1883, sans succès, l'élongation sanglante des deux sciatiques. Mort subite en 1885.

A l'autopsie, embolies pulmonaires multiples; rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire. Dégénérescence à peu près complète des nerfs sciatiques sur une longueur de plus de 20 centimètres ; sur la moelle, avec les lésions ordinaires du tabes ; on constate à la région dorso-lombaire, un étranglement en sablier de 1 centimètre de longueur.

Teissier rapporte cette altération à l'opération pratiquée ; dans la discussion à la Société de médecine, on a contesté cette interprétation. Pollosson cite un cas de myélite aiguë survenue à la suite d'une élongation pour névralgie sciatique. A. C.

XV. — Contribution intéressante à l'histoire des ataxies héréditaires. Ormerod analyse la généalogie de deux familles qui présentent les particularités suivantes :

Première famille. — Adams, 40 ans, marin, alcoolique.

Henry Adams, probablement ataxique.

Woodcock (convulsions épileptiformes) a pour enfants :	Gravitt (folle) a pour enfants :
1° Garçon de 23 ans, sain.	1° Fille de 29 ans, saine.
2° Fille de 20 ans, ataxique.	2° Fille de 24 ans, saine.
3° Fille de 14 ans, ataxique.	3° Fille de 21 ans, saine.
4° Garçon de 13 ans, ataxique.	4° Garçon de 18 ans, sain.
5° Fille de 9 ans (absence de réflexe patellaire — ataxie ultérieure).	5° Fille de 16 ans, saine.
6° Garçon de 7 ans, absence de réflexe patellaire.	6° Fille de 13 ans (pas de réflexe patellaire).
7° Fille de 6 ans, réflexe tendineux douteux.	7° Garçon de 10 ans (pas de réflexe patellaire).

Deuxième famille. — Pas de désordres nerveux chez les parents. Leurs enfants sont :

1° Fille de 28 ans, mariée, bien portante.
2° Garçon de 24 ans, sain.
3° Garçon de 21 ans, ataxique.
4° Fille de 19 ans, ataxique.
5° Fille de 17 ans, ataxique.
6° Garçon de 14 ans, sain.
7° Fille de 11 ans, absence de réflexe patellaire.
8° Garçon de 9 ans, sain.
9° Fille de 7 ans, saine, mais réflexe patellaire douteux (deux autres enfants étaient morts de convulsions dans la première année de leur vie).

L'auteur donne les observations détaillées de tous ces cas d'ataxie, qui rappellent, mais avec des différences notables, ceux publiés par Friedreich sur l'ataxie héréditaire. H. R.

XVI. — De ses recherches, Babinski tire les conclusions suivantes :

1° L'absence habituelle de dégénérations secondaires dans la sclérose en plaques ne constitue pas une dérogation à la loi wallérienne. Cette

Digitized by Google

apparente anomalie tient à ce que les cylindraxes sont ordinairement conservés dans les plaques de sclérose. Dans les cas où l'intégrité n'est pas complète, il se développe, comme dans les autres affections destructives du système nerveux central, des dégénérations secondaires, dont l'intensité est en rapport avec le nombre des cylindraxes détruits.

2° La destruction des gaines de myéline dans la sclérose en plaques, loin d'être sous la dépendance d'un phénomène mécanique, d'une compression exercée sur les tubes nerveux par le tissu conjonctif de nouvelle formation, est liée au contraire à un phénomène vital et résulte principalement de l'activité nutritive des cellules de la névroglie et des cellules lymphatiques;

3° La nature de la dégénération des tubes nerveux, analogue à celle qui s'observe dans le bout central d'un nerf sectionné, au voisinage de la section, la persistance d'un grand nombre de cylindraxes dénudés, l'intensité des altérations des parois vasculaires, la disparition souvent complète de la myéline au centre des îlots de sclérose, constituent au point de vue histologique les traits essentiels de la sclérose diffuse (sclérose en plaques);

4° La nature de la dégénération des tubes nerveux, analogue à celle qui s'observe dans le bout périphérique d'un nerf sectionné, l'absence de cylindraxes dénudés, le peu d'intensité des lésions vasculaires, la persistance au milieu du tissu de sclérose d'un grand nombre de tubes à myéline, donnent à la sclérose systématique secondaire ses traits distinctifs;

5° Par la persistance possible d'un certain nombre de cylindraxes dénudés, par l'intensité des altérations vasculaires, par la disparition parfois complète de la myéline dans les faisceaux sclérosés, la sclérose tabétique se rapproche plus, au point de vue de ses caractères histologiques, de la sclérose en plaques que de la sclérose secondaire.

A. GILBERT.

XVII. — Le malade âgé de 29 ans avait joui d'une bonne santé jusqu'au mois de février dernier. Il fit alors deux chutes sérieuses à trois jours d'intervalle, et, huit jours après la dernière, ses bras commencèrent à trembler.

9 septembre. — A l'entrée à l'hôpital, on constate les symptômes caractéristiques de la sclérose en plaques : expression particulière de la physionomie, affaiblissement de la mémoire, tremblement de la langue, parole lente et traînante, tremblement des paupières, lorsque le malade cherche à les rapprocher. Pas de nystagmus. Les sens spéciaux sont normaux, excepté l'ouïe, qui est faible. Pas de tremblement de la tête. Les bras, immobiles pendant le repos, sont le siège d'un tremblement rythmique, dès que le malade veut exécuter un mouvement. Les jambes ne tremblent pas, mais se fatiguent vite. Les réflexes du genou sont exagérés. La sensibilité et la contractilité faradiques sont normales. Les autres organes sont sains; pas d'albumine dans l'urine.

16 septembre. — Le malade eut une attaque apoplectiforme qui dura environ une demi-heure et qui fut accompagnée d'étourdissements et de paralysie des membres du côté droit. Il avoua avoir déjà eu plusieurs attaques du même genre. Il en eut une autre, cinq jours après. On constata alors que les membres étaient froids et rigides et de plus que les avant-bras présentaient une teinte violacée jusqu'à la hauteur des coudes. En même temps le pouls radial était normal. Température normale.

Digitized by Google

16 octobre. — Paralysie et refroidissement des membres inférieurs, sans changement de coloration de la peau.

18 octobre. — Le tremblement des bras est plus violent.

21 octobre. — Le malade est pris de vertige en sortant de son lit et tombe. Pas de paralysie.

1 novembre. — Paralysie des quatre extrémités, plus prononcée à gauche. Cette paralysie dure une demi-heure.

8 novembre. — Le tremblement des bras est très pénible; un peu de délire pendant la nuit.

13 novembre — La parole est presque inintelligible; le malade a des hallucinations.

19 novembre. — Hémiplégie gauche et aggravation du tremblement du bras gauche. La température, normale au début des accidents, ne tarde pas à monter à 38°,3. Le malade devient rapidement comateux et reste dans cet état pendant toute la nuit.

20 novembre. — 6 h. matin. T. 40°,8; 10 h. T. 39°,6. Le coma persiste jusqu'au soir. La paralysie faciale disparaît; émission involontaire d'urine.

21 novembre. — La paralysie se dissipe et le malade reprend sa connaissance.

22 novembre. — Le tremblement a presque disparu. T. matin, 38°,5; soir 38°,2.

L'amélioration fait de rapides progrès; mais, le 28 novembre, les idées se troublent de nouveau. Les accidents cessent le 1er décembre et, le 8 février, le malade quitte l'hôpital, ne conservant qu'un léger tremblement des bras et de la langue.

L'auteur appelle l'attention sur les points suivants : l'origine traumatique de la maladie ; l'absence du tremblement de la tête; la fréquence des attaques apoplectiformes; la multiplicité des formes de la paralysie qui les accompagnait, et enfin le rétablissement (relatif) du malade, malgré la forte élévation de température. J.-B. H.

XVIII. — Il s'agit d'une femme de 46 ans, qui, neuf mois avant son entrée à l'hôpital, s'aperçoit que le côté gauche de sa bouche est « comme mort ». Six semaines plus tard le bras gauche se paralyse, en même temps que se montrent les signes d'une paralysie bulbaire.

A son entrée, on trouve tous les signes de la paralysie labio-glosso-laryngée : dysphagie, parole inintelligible, impossibilité de mouvoir la langue; atrophie de cet organe et des muscles masticateurs. Atrophie progressive des muscles des membres supérieurs : au contraire, les membres inférieurs sont normaux, sauf un peu de rigidité. Les réflexes patellaires et ceux des tendons extenseurs du poignet et du triceps sont exagérés : mais le symptôme le plus frappant est la contraction clonique spasmodique qui s'empare des masséters et des ptérygoïdiens quand on déprime un peu brusquement la mâchoire inférieure. De même, en percutant le zygomatique, on voit se relever la commissure des lèvres. A ce propos, l'auteur étudie ce nouveau symtôme, et il arrive à conclure que ce réflexe, tout comme les autres réflexes tendineux, est dû, non pas à une exagération de la réflectivité spinale, mais à la stimulation directe des muscles par le choc brusque qu'ils reçoivent. Ce qui le prouve, c'est le peu de durée de la période de latence entre le choc et la réaction : les expériences de Waller démontrent que pour les véritables réflexes, même les plus courts, cette période de latence est deux fois plus longue que pour le soi-disant réflexe de la mâchoire. H. R.

XIX. — L'auteur rappelle qu'en 1884, il a déjà publié un cas de sclérose latérale amyotrophique (*Central. bl.*, 1884, vol. 77) à l'autopsie duquel les lésions anatomiques n'étaient pas limitées à la moelle, mais s'étendaient jusqu'au mésocéphale et aux hémisphères.

Digitized by Google

Il relate une nouvelle observation, dans laquelle il a pu constater une dégénérescence notable jusque dans les hémisphères cérébraux, cette dégénérescence occupait les cordons moteurs dans toute leur étendue, jusqu'aux circonvolutions antérieures, si bien que les grosses cellules pyramidales de ces circonvolutions étaient pour la plupart atrophiées et dégénérées. Cette lésion était surtout marquée dans la partie inférieure du lobule paracentral, alors que la partie supérieure était indemne de toute altération. LESAGE.

XX. — Homme de 38 ans, cocher, entré à l'hôpital le 16 juin 1876, mort le 12 août 1880. Pas de prédisposition neuropathique héréditaire. Contracte un chancre syphilitique en 1873 (cicatrisé sur le prépuce). En 1876, apparition des premiers symptômes spasmodiques aux membres inférieurs; au début, ces symptômes se manifestaient à l'occasion d'une miction. Peu à peu il s'y associe de la paralysie croissante des membres inférieurs. Secousses spontanées dans ces membres; exagération des réflexes tendineux. Aux membres inférieurs, la thermesthésie est émoussée; en même temps, hyperalgésie.

Pendant une longue période de temps, l'état du malade reste stationnaire. Puis subitement, au mois de juillet 1880, il se plaint d'éprouver à la jambe droite des fourmillements et une sensation d'engourdissement. Vers la même époque, il lui semblait qu'il transpirait plus facilement du bras droit que du bras gauche. Le 16, paralysie subite du bras droit; modification de caractère du malade qui devient larmoyant; il ne répond plus aux questions qu'on lui pose. Vers la fin du mois de juillet, céphalalgie fréquente. Dans les premiers jours du mois d'août, vomissements, apathie croissante; le malade ne peut plus mastiquer ses aliments. Mort le 12 août dans le coma.

A l'autopsie, on trouve : une exostose à la face interne pariétale à droite. Ramollissement de la substance médullaire du cerveau, principalement dans l'hémisphère droit. La moelle présentait, dans un grand nombre de points, des taches grises qui intéressaient surtout le cordon latéral à droite. Ces taches grises étaient particulièrement nettes dans la portion inférieure du segment dorsal. L'examen microscopique de la moelle mit en évidence une dégénérescence symétrique double des faisceaux pyramidaux et cérébelleux latéraux; la dégénérescence des faisceaux pyramidaux débutait par la portion inférieure du renflement cervical, augmentait d'étendue vers la naissance du segment dorsal et conservait sensiblement la même étendue transversale jusque dans la portion inférieure de la moelle. Les faisceaux cérébelleux latéraux étaient intéressés sur toute leur longueur. Sur certains points, vers le renflement cervical de la portion supérieure du segment dorsal, les cordons de Goll participaient à la dégénérescence. La substance grise était partout intacte, sauf que toutes les cellules ganglionnaires des colonnes de Clarke avaient disparu.

Du vivant du malade, on avait diagnostiqué une sclérose multiple combinée de la moelle, à défaut d'une sclérose primitive des cordons latéraux. Westphal est convaincu que la dégénérescence des faisceaux de la moelle n'était pas en relation avec l'encéphalomalacie, en d'autres termes, qu'elle était primitive. E. RICKLIN.

XXI. — La tendance à systématiser les maladies de la moelle épinière semble avoir été poussée un peu trop loin. Il existe, en effet, des cas de sclérose diffuse, où le processus morbide a sévi sur différents points de la moelle, franchissant les limites anatomiques des faisceaux de fibres blanches, et qui auraient pu faire croire cependant à des lésions systématisées. Popoff en cite un exemple. Il passe également en revue plu-

Digitized by Google

sieurs cas analogues, et croit pouvoir en conclure que, jusqu'à présent, il n'y a pas d'observation qui justifie l'opinion d'Erb sur la nature anatomique de la paralysie spastique ; que l'on trouve l'ensemble des symptômes qui caractérisent le tableau clinique du tabes dorsal spasmodique dans les différentes maladies de la moelle épinière, et que la première place parmi ces affections appartient à la sclérose diffuse.

DESCOURTIS.

XXII. — Les expériences de Mommsen sont propres à confirmer l'idée de Tschirjew que les réflexes tendineux et le tonus des muscles sont deux réflexes musculaires suivant des voies identiques et provoqués par une excitation périphérique de nature identique.

Les deux phénomènes ne diffèrent que comme degré. Dans le tonus, l'excitation des appareils centripètes placés dans le muscle est modérée, mais durable, et a pour conséquence une contraction peu énergique mais prolongée, tandis que dans le réflexe tendineux, l'excitation des appareils terminaux sensitifs du muscle est intense et courte : la percussion du tendon produit son tiraillement et celui-ci un renforcement subit de l'extension du muscle correspondant.

Dans la discussion, *Schultze* remarque qu'il a depuis longtemps fait l'expérience suivante sur des lapins. Il glisse sous le tendon rotulien un morceau de bois, de façon à tendre fortement le tendon. Si alors on percute ce dernier, on n'obtient pas de contraction du triceps. Donc le seul attouchement mécanique d'un tendon ne suffit pas pour provoquer un phénomène réflexe, il faut en outre qu'il ait conservé la faculté de vibrer.

J. B.

Ueber das Verhaeltniss der Sehnenphaenomene zur Entartungsreaction (Sur les relations des phénomènes tendineux avec la réaction de dégénérescence), par **E. REMAK** (*Archiv für Psychiatrie und Nervenk.*, *Band XVI*, *Heft* 1, *p.* 240, 1885).

Remak constate que jusqu'ici les neuropathologistes ne se sont occupés que très accessoirement de l'état des phénomènes tendineux dans les paralysies dégénératives de nature amyotrophique. Son travail a pour but de combler en partie cette lacune. Chez cinq malades, dont les observations sont relatées dans le mémoire de l'auteur, Remak a porté spécialement son attention sur les rapports de la réaction dite de dégénérescence avec l'état des phénomènes tendineux. Il a résumé les résultats de ses recherches dans les conclusions suivantes :

1° L'exagération des phénomènes tendineux, en particulier du phénomène du pied, coïncidant avec les signes d'une dégénérescence partielle, ne s'observe que dans les affections spinales, et en première ligne dans la sclérose latérale amyotrophique ;

2° La conservation des phénomènes tendineux, coïncidant avec les signes très accusés d'une réaction de dégénérescence partielle des muscles correspondants, ne s'observe, selon toute vraisemblance que dans les paralysies spinales atrophiques (poliomyélite antérieure) ;

3° L'abolition des phénomènes tendineux est de règle :

(*a*) Dans toutes les paralysies amyotrophiques graves, avec flaccidité musculaire (et abolition de l'excitabilité des nerfs), aussi bien dans

Digitized by Google

celles qui sont d'origine spinale (poliomyélites) que dans celles qui sont d'origine périphérique (névrites); elle survit longtemps à la réaction de dégénérescence galvano-musculaire, quand celle-ci vient à disparaître;

(*b*). Dans les névrites dégénératives primitives légères, qui intéressent des nerfs mixtes, peut-être même en dehors de toute paralysie;

(*c*). Dans les cas de paralysie complète d'origine périphérique, même quand il ne se développe pas de réaction de dégénérescence consécutive.

E. RICKLIN.

Ueber Spinallaehmungen mit Ataxie (Sur des paralysies avec ataxie), par LŒWENFELD (*Archiv für Psychiatrie und Nervenk., Band XV, Heft 2-3, p.* 438).

Lœwenfeld relate deux observations qu'il considère comme se rattachant à un groupe de faits cliniques peu connus jusqu'à ce jour; il a résumé dans les termes suivants les traits communs à ces deux observations. Des troubles de la sensibilité et de la motilité apparaissent aux quatre membres, chez des sujets bien portants jusqu'alors, et sans que l'état général subisse la moindre atteinte. Les troubles de la motilité consistent chez le premier malade en une parésie d'un grand nombre de muscles qui, dans quelques-uns, va jusqu'à la paralysie complète; chez le second malade, l'atonie musculaire est uniformément répartie sur les quatre membres, atteignant toutefois une intensité plus grande aux membres supérieurs. Chez les deux sujets, la parésie s'accompagne d'un certain degré d'incoordination. En outre, l'un des malades présente de l'atrophie aux membres inférieurs, atrophie assez prononcée. Chez les deux malades, on constate des modifications de l'excitabilité électrique, savoir: chez le premier, tous les degrés intermédiaires entre la forme moyenne et la grave de la réaction de dégénérescence; chez le second, les caractères de la réaction électrique sont exclusivement ceux de la forme moyenne de la réaction de dégénérescence. Chez les deux sujets, abolition du phénomène du genou; troubles de la sensibilité aux quatre membres (anesthésie tactile et musculaire, fourmillements, engourdissements, douleurs profondes, déchirantes et lancinantes). Absence de troubles dans la sphère des nerfs craniens et du côté des sphincters; pas de sensation de douleur en ceinture, pas de douleurs à la pression des épines vertébrales. Dans les deux cas, amélioration considérable; toutes les probabilités existent en faveur d'une guérison complète.

La première observation était relative à une femme de 32 ans, adonnée à la boisson; pendant la durée de la maladie, grand affaiblissement de la mémoire, confusion dans les idées, apathie. Le sujet de la seconde observation est un homme d'une grande sobriété. A noter que, chez lui, l'abolition du phénomène du genou n'a duré que six semaines.

L'auteur entre dans une discussion approfondie au sujet de la signification pathogène des symptômes constatés chez ces deux malades. Il rappelle que trois observations du même genre ont été publiées: deux par Fischer et une par Kahler et Pick. Il rappelle également que les récentes recherches de Déjerine sur le nervo-tabes périphérique, différentes observations de dégénérescence multiple des nerfs, chez des alcooliques en particulier, sont propres à faire supposer qu'il s'agissait,

Digitized by Google

du moins chez le premier malade, d'une affection du système nerveux périphérique, développée sous l'influence de l'alcoolisme. E. RICKLIN.

Remarques à propos d'un travail de Déjerine intitulé : Du rôle joué par la méningite spinale postérieure des tabétiques dans la pathogénie des scléroses combinées », par WESTPHAL (*Archiv für Psychiatrie und Nervenk., Band XXI, Heft 2, p.* 577, 1885).

Déjerine, dans un travail analysé dans ce recueil (*R. S. M. XXVII*, 172), a soutenu que dans les cas de scléroses combinées, intéressant à la fois le cordon latéral et le cordon postérieur, la sclérose du cordon latéral est consécutive à une leptoméningite, qui est elle-même la conséquence d'une propagation du travail inflammatoire qui a engendré la sclérose des cordons postérieurs (lésion protopathique). Westphal reproche à Déjerine d'avoir, à ce propos, perdu de vue une observation qui figure dans le mémoire sur les affections primitives combinées de la moelle, publié par lui en 1878 et 1879, observation que ce dernier regarde comme une réfutation péremptoire de la théorie de Déjerine. E. RICKLIN.

Physiological studies of knee-jerk (Étude des réflexes tendineux du genou et des réactions des muscles sous l'influence de divers excitants), par Weir MITCHELL et Morris J. LEWIS (*Med. News*, 13 *février* 1886).

W. Mitchell et Lewis ont fait sur les conditions de production du réflexe une longue série d'expériences qui peuvent se résumer ainsi :

Le réflexe tendineux du genou subit des variations dans l'état de santé ; il s'épuise par une production trop fréquente, augmente par une excitation répétée.

Tous les actes volitionnels peuvent l'accroître, souvent même un acte très faible, comme le clignotement des paupières.

Les mouvements musculaires violents et prolongés des bras et des mains l'affaiblissent et cet affaiblissement persiste un certain temps.

Une tension passive n'est pas essentielle pour sa production ; une tension modérée la favorise mécaniquement ; une tension extrême empêche cette manifestation.

Un acte de volonté dirigé sur une partie dont les fonctions sont abolies, comme un membre amputé, renforce le réflexe ; il ne s'agit donc pas d'un mouvement musculaire.

L'excitation faible ou forte d'un sciatique chez un animal éthérisé augmente le réflexe de l'autre jambe ; la pression du sciatique chez l'homme, pression causant de la douleur et de l'engourdissement, diminue le réflexe du même membre.

Toutes les impressions vives de toucher, douleur, froid, chaud, sur quelque point que ce soit du tégument, augmentent le réflexe.

Les impressions optiques vives, de même.

Le nitrite d'amyle n'a pas d'effet sur sa production.

L'éthérisation profonde l'abolit chez le chien.

Les courants faradiques, s'ils sont assez puissants pour mouvoir les muscles, l'augmentent ; la brosse électrique est un des meilleurs moyens de produire ce résultat.

Les courants galvaniques faibles donnent, dans certaines conditions,

Digitized by Google

une augmentation marquée ; appliqués aux tempes surtout et sur d'autres parties de la tête, ils l'augmentent beaucoup. L'application du pôle négatif sur la tempe donne une augmentation bien plus constante que le pôle positif.

Les courants ascendants spinaux donnent une forte augmentation; les courants descendants, beaucoup moins.

D'après ces recherches, Mitchell et Lewis regardent le réflexe du genou et les autres réactions consécutives à la percussion des tendons comme de véritables actes musculaires. La percussion tendineuse est un mode de stimulation beaucoup plus délicat que la percussion sur le corps du muscle et elle est plus apte à influencer la totalité des fibres de celui-ci. Le muscle répond, dans ce cas, aux diverses excitations, en vertu de son irritabilité intrinsèque et de son tonus. A. C.

Experimentelle Untersuchung der unter dem Namen « Sehnenphœnomene » bekannten Erscheinungen, etc., etc. (Étude expérimentale des phénomènes connus sous le nom de « réflexes tendineux », etc., etc.). par Ph. ROSENHEIM (*Archiv für Psychiatrie und Nervenk., Band XV, Heft* 1-3, 1885).

L'auteur de ce mémoire a résumé dans les conclusions suivantes les résultats de ses recherches expérimentales (dont la technique est exposée en grands détails) :

1° Le phénomène du genou peut être provoqué au moyen de certaines excitations électriques appliquées sur le tendon;

2° Les excitations résultant des secousses isolées de l'appareil rotatoire magnéto-électrique s'additionnent et produisent une suractivité sensitive croissante de certains organes nerveux centraux. Lorsque cet état de choses se prolonge pendant assez longtemps, il aboutit à une contraction du muscle quadricèps.

Comme, d'après Kronecker et Stirling, des réflexes ne sont provoqués que par des chocs excitatoires répétés des centres nerveux, rien ne s'oppose à admettre que le phénomène du genou est un phénomène d'ordre réflexe. E. R.

Ueber das Vorkommen und die Bedeutung der sensorischen Anaesthesie bei Erkrankungen des centralen Nervensystems (Sur le développement et la signification de l'anesthésie sensorielle dans les affections des centres nerveux), par R. THOMSEN et OPPENHEIM (*Archiv für Psychiatrie und Nervenk. Band XV, Heft* 2, *p.* 559, *et Heft* 3, *p.* 633).

Dans ce volumineux mémoire, les auteurs passent successivement en revue les anesthésies sensorielles qu'on observe : 1° chez les épileptiques; 2° chez les hystériques; 3° dans les névroses généralisées; 4° celles qui sont consécutives à des lésions traumatiques de la tête ou à des ébranlements traumatiques du corps; 5° celles qu'on observe dans le cours des affections qui évoluent sous les traits d'une sclérose à foyers multiples. Ils ont résumé les résultats de leurs observations dans les conclusions suivantes :

1° L'anesthésie et l'hémianesthésie sensorielles ne sont point des traits caractéristiques de l'hystérie ; elles s'observent dans beaucoup d'autres affections des centres nerveux ;

Digitized by Google

2° L'anesthésie et l'hémianesthésie sensorielles constituent un complexus symptomatique bien défini qui se reproduit presque toujours avec les mêmes caractères, l'un ou l'autre des éléments constituants pouvant manquer à la vérité ;

3° Le symptôme le plus constant consiste dans le rétrécissement concentrique du champ visuel, des deux côtés ;

4° La participation des autres sens, de la sensibilité cutanée, de celle des muqueuses est variable ;

5° Il n'existe pas de rapport fixe entre la participation des différents appareils sensoriaux à l'anesthésie et l'état de la sensibilité cutanée ;

6° L'hémianesthésie, dans le sens rigoureux du mot, avec conservation parfaite de la sensibilité, du côté opposé, est extrêmement rare, n'existe pas, à proprement dire ;

7° L'anesthésie sensorielle se développe tantôt d'une façon stationnaire, et alors elle subit des oscillations plus ou moins fortes, quant à son intensité et son étendue ; ou, ce qui est plus rare, elle est transitoire ;

8° Presque tous les sujets affectés d'une anesthésie sensorielle présentent certaines anomalies de leurs fonctions psychiques (troubles de la conscience, hallucinations, etc., etc.,) ou des facultés affectives (alternatives d'excitation et de dépression), accompagnées le plus souvent d'angoisse ;

9° Le degré de l'anesthésie sensorielle est le plus souvent en rapport avec le degré du désordre psychique ; quelquefois les deux ordres de manifestations se développent et disparaissent concomitamment ;

10° Des désordres nerveux (pesanteur de la tête, paresthésie affectant les organes des sens, tremblement, etc.,) ne manquent presque jamais.

11° L'anesthésie sensorielle s'observe dans les cas d'épilepsie, d'hystérie, d'hystéro-épilepsie, d'alcoolisme, de nervosisme, de neurasthénie, de chorée, dans les névroses caractérisées par un sentiment d'angoisse, dans les affections nerveuses consécutives au traumatisme, dans la sclérose, en plaques, dans la pseudo-sclérose de Westphal, dans les affections organiques des centres nerveux, à la suite de certaines psychoses difficiles à classer.

Enfin, la constatation d'une anesthésie sensorielle sans hémianesthésie concomitante n'autorise pas à conclure de là au caractère et au pronostic de l'affection protopathique. E. RICKLIN.

I. — **Contribution à l'étude des névrites périphériques survenant dans le cours de la fièvre typhoïde, par PITRES et VAILLARD** (*Revue de médec.*, 10 *décembre* 1885).

II. — **Des névrites périphériques chez les tuberculeux, par PITRES et VAILLARD** (*Ibidem*, 10 *mars* 1886).

III. — **Altérations des nerfs périphériques dans deux cas de maux perforants plantaires, par PITRES et VAILLARD** (*Arch. de physiol.*, 15 *février* 1885).

IV. — **Arthritis arising from peripheral nerve lesions (Arthrite consécutive aux lésions des nerfs périphériques), par J. MAC ARDLE** (*The Dublin. journ. of med. sc.*, *p.* 338, *novembre* 1885).

Digitized by Google

V. — Herpes Zoster und Lähmung motorischer Nerven (Zona, paralysie des nerfs moteurs), par P. STRÜBING (*Deutsch. Arch. f. klin. Med., Band XXXVII, p.* 513).

VI. — Ein seltener Fall von atrophischer Lähmung des Nervus hypoglossus (Paralysie atrophique du nerf grand hypoglosse), par W. ERB (*Ibidem, p.* 265).

VII. — Ueber periodisch wiederkehrende Oculomotorius-Lähmung (Paralysie périodique du nerf moteur oculaire commun), par J. MŒBIUS (*Berlin. klin. Woch., XXI, n°* 38, *p.* 604).

VIII. — Zur Pathologie des Halssympathikus, par J. MŒBIUS (*Ibidem, p.* 231-279).

IX. — Ein Fall von Lähmung nach Erfrierung (Paralysie à frigore), par POENSGEN (*Deutsche med. Woch., n°* 23, 1885).

X. — Ophtalmoplegie bei acute Lymphomatose, par KOENIGSTEIN (*Wien. med. Presse, n°* 27, 1885).

XI. — Cases of ophthalmoplegia complicated (Observation d'ophthalmoplégie compliquée de troubles nerveux variés), par John BRISTOWE (*Brain, p.* 312, *octobre* 1885).

XII. — Demonstration einer partiellen Radialisparalyse... (Paralysies partielles du nerf radial consécutives à des injections sous-cutanées d'éther), par REMAK et MENDEL (*Berlin. klin. Woch., p.* 76, *février* 1885).

XIII. — Further observations on alcoholic paralysis, par J. DRESCHFELD (*Brain, p.* 433, *janvier* 1886).

XIV. — Contribution à l'étude des paralysies radiculaires du plexus brachial, par Mlle A. KLUMPKE (*Revue de médecine*, 591 *et* 739, 1885).

XV. — Contribution à l'étude des paralysies radiculaires du plexus brachial, par H. SECRÉTAN (*Thèse de Paris*, 1885).

XVI. — Un cas de paralysie radiculaire spontanée du plexus brachial, par E. DUFOURT (*Lyon médic.*, 24 *janvier* 1886).

XVII. — Des paralysies radiculaires, par J.-L. PREVOST (*Revue médicale de la Suisse romande, n°* 4, *p.* 210, *avril* 1886).

XVIII. — Three cases illustrating the localisation of motor centres (Observations pour servir à la localisation des centres moteurs du renflement brachial de la moelle), par C.-E. BEEVOR (*Medico-chir. Transact., LXVIII, p.* 205).

I. — Pitres et Vaillard ont eu l'occasion de voir plusieurs malades atteints de fièvre typhoïde, pendant la convalescence de laquelle apparurent d'abord des douleurs limitées à un membre ou même à un segment de membre, puis bientôt suivies de paralysie du mouvement, d'atrophie musculaire. Ayant eu l'occasion de pratiquer l'autopsie de quelques-uns de ces sujets, ils ne trouvèrent aucune lésion des racines nerveuses ni de la moelle, mais des altérations très nettes des nerfs périphériques correspondant aux muscles paralysés. A mesure que l'on remontait sur les troncs nerveux, ces altérations diminuaient et finissaient même par disparaître. Les auteurs concluent de leurs recherches que certaines paralysies consécutives à la fièvre typhoïde sont sous la dépendance

Digitized by Google

de lésions nerveuses périphériques et non pas d'altérations médullaires, comme on le dit trop généralement en France.

II. — Pitres et Vaillard ont observé dans le cours de la tuberculose des lésions dégénératives des nerfs périphériques ; tout comme dans le cours de la variole, de la fièvre typhoïde et de la diphthérie, on peut en observer. Pour eux le processus serait le même : névrite infectieuse sans que l'on puisse retrouver en aucune partie du système nerveux des lésions spécifiques, pas plus dans un cas que dans l'autre. Ces névrites appartiennent à la variété parenchymateuse ; elles se développent sur place et peuvent atteindre indifféremment les nerfs sensitifs, les nerfs moteurs et les nerfs mixtes; on les observe aussi bien sur les nerfs périphériques que sur les nerfs craniens. Leur symptomatologie est encore incomplètement connue, cependant on peut grouper sous trois chefs les faits publiés par Pitres et Vaillard. Dans une première catégorie, les symptômes de névrites constatées à l'autopsie ont passé inaperçus. La seconde variété, ou névrites amyotrophiques, comprend les cas dans lesquels des atrophies musculaires localisées ou diffuses ont constitué le symptôme prédominant. Enfin le troisième groupe est représenté par les névrites douloureuses ou anesthésiques dans lesquelles les altérations des nerfs ont provoqué pendant la vie des troubles sensitifs plus ou moins sérieux. C. GIRAUDEAU.

III. — Voici les conclusions de ce travail :

1° Les lésions des nerfs périphériques, qui déterminent le mal perforant plantaire, s'étendent souvent bien au delà du voisinage immédiat de l'ulcération : elles peuvent atteindre tous les nerfs du pied et de la jambe, elles peuvent même remonter jusqu'aux troncs nerveux des cuisses ;

2° L'extension de ces altérations névritiques explique la coïncidence fréquente avec le mal perforant plantaire de certains troubles sensitifs, trophiques, vaso-moteurs ou sécrétoires qui ont été maintes fois signalés à une distance plus ou moins grande de l'ulcère du pied (anesthésie, analgésie, douleurs lancinantes, induration scléreuse de la peau, érythrodermie, pigmentation anormale, atrophie musculaire, gangrène, sueurs locales, etc., s'étendant sur toute la peau du pied et même de la jambe) ;

3° Les rapports du mal perforant avec les névrites périphériques sont établis aujourd'hui sur un grand nombre d'examens histologiques réguliers. L'objection faite par Michaud, objection d'après laquelle les examens seraient sans valeur parce que dans les conditions normales les nerfs du pied renfermeraient des gaines vides et des fibres altérées en grande quantité, n'est pas fondée : à l'état normal, chez les sujets jeunes et chez les adultes dont les téguments des pieds sont tout à fait sains, les nerfs de ces extrémités ont exactement la même structure que les nerfs périphériques des autres parties du corps ;

4° En revanche les filets terminaux des nerfs du pied sont très fréquemment altérés chez les sujets dont les pieds sont le siège de cors, de durillons, de dystrophies unguéales, de desquamation ichthyosiforme de l'épiderme, etc. Toutes ces lésions de la peau et de ses annexes paraissent être de véritables troubles trophiques liés à l'existence antérieure de névrites légères et partielles, comme le mal perforant est lié à l'existence antérieure de névrites profondes et étendues. A. GILBERT.

Digitized by Google

IV.— Dans ce mémoire, Mac Ardle a réuni neuf observations de lésions des nerfs du bras, dans lesquelles on vit survenir des arthropathies plus ou moins aiguës, coïncidant avec des atrophies musculaires plus ou moins profondes. Bien que quelques-uns de ces faits soient discutables (l'observation 8e par exemple, où il s'agit d'une arthrite et d'une synovite blennorragique), il en ressort quelques données intéressantes.

Ainsi, c'est ordinairement quand le nerf est partiellement lésé, plutôt que quand il est détruit, que survient l'arthropathie. Dans les cas de traumatismes, les symptômes articulaires apparaissent à la période de cicatrisation : ils restent toujours unilatéraux, preuve de la non-intervention de la moelle dans le processus : ils ressemblent d'ailleurs complètement à ceux du rhumatisme. Ils s'accompagnent parfois d'éruptions herpétiformes ou pemphigoïdes.

L'auteur croit peu à la théorie des centres trophiques, non plus qu'à une paralysie vaso-motrice : pour lui l'existence d'une névrite propagée à l'articulation est l'explication la plus vraisemblable du fait clinique. Il termine en signalant des cas du même genre épars dans la littérature médicale.—Stuart (*Brit. med.*, déc. 1884); Bidder (*f. Klin. Arch. Chir.*, p. 807, vol. XXX); Henschen (*Neurolog. Centralblatt*, 1883); Pauli (*Berl. kl. Woch*, p. 692, 1883). H. R.

V. — Une femme de 52 ans, après s'être exposée à un courant d'air pendant plusieurs jours, éprouve une douleur vive dans le côté gauche de la face. Les jours suivants il se développe un zona qui occupe l'oreille, l'apophyse mastoïde, le menton, la région malaire et la partie supérieure du cou. Les muscles de ce même côté sont complètement paralysés.

P. Strübing a trouvé dans la littérature 6 ou 7 cas analogues. Ce n'est pas toujours la névralgie faciale qui précède la paralysie : celle-ci peut se développer en premier lieu. On ne voit pas de zona dans la paralysie faciale simple. Il faut donc admettre que la lésion nerveuse peut se transmettre de l'un à l'autre nerf, grâce aux anastomoses qui les réunissent. A. M.

VI. — J. R..., 13 ans, se présente dans le service de Erb avec une paralysie et une atrophie de la moitié droite de la langue. L'enfant avait eu la rougeole en 1877, la scarlatine en 1879. En 1880, il avait eu une affection aiguë de la gorge avec difficulté de la déglutition, enrouement et gonflement des ganglions cervicaux (diphtérie). Il est du reste vigoureux et bien portant.

En 1881, le père remarque que la langue est incomplètement tirée du côté droit et qu'elle est de ce côté plus mince et plissée ; depuis six mois déjà il avait observé un peu de gêne de la parole; et le malade lui-même avait constaté en 1883, un peu de tremblement de la langue lorsqu'il voulait la tirer. Légère gêne de la déglutition des aliments solides.

Au moment de l'entrée, Erb constate la paralysie et l'atrophie de la moitié droite de la langue. Il n'existe aucun autre phénomène bulbaire ou cérébral. Le grand hypoglosse droit présente de la façon la plus nette la réaction de dégénérescence.

Avec la machine à chariot on obtient des contractions du côté gauche avec un écart de 123 millimètres ; à droite, à 80 millimètres, on n'obtient encore rien.

La sensibilité et le goût sont absolument intacts.

Il s'agit donc d'une paralysie isolée du grand hypoglosse, semblable à la paralysie dite rhumatismale du facial. L'absence de toute manifestation

Digitized by Google

autre que la paralysie et l'atrophie de la langue éloignent l'idée d'une paralysie bulbaire ou d'une paralysie périphérique avec lésion en foyer.

A. MATHIEU.

VII. — Une fillette de 6 ans, dont les parents sont bien portants eut, pour la première fois, à l'âge de 11 mois, une paralysie de l'œil droit pendant trois jours.

A 3 ans, à la suite de vives douleurs pendant une dizaine de jours, survinrent, pour la deuxième fois, une chute de la paupière supérieure et un strabisme de l'œil qui durèrent huit semaines.

Depuis lors, chaque année, la paralysie s'est reproduite en août.

Cette année, seulement, elle a débuté en mars, précédée par quinze jours de violentes douleurs et huit jours de vomissements. En avril, la paralysie du moteur oculaire commun droit était complète ; puis, dans le cours de dix semaines, elle a rétrogradé peu à peu, en ne laissant subsister que de la mydriase.

L'ophtalmoscope révèle la présence de nombreuses taches noires arrondies occupant le quart inféro-interne de la rétine. Ce sont les résidus d'anciennes hémorragies, déjà constatées il y a deux ans par Kuester.

Pas d'autre symptôme morbide.

Saundby (*Lancet*, 2 septembre 1882) et von Hasner (*Prager med. Woch.*, 1883, n° 10) ont publié chacun un fait offrant quelque analogie.

La malade de Saundby était une fille de 19 ans qui, depuis l'âge de 12 ans, était prise, tous les six ou neuf mois, de douleurs au-dessus de l'œil gauche, de vomissements, de vertiges, de somnolence et de paralysie complète du moteur oculaire commun, débutant par de la ptose palpébrale et durant quelques semaines.

La malade de Hasner était une fille de 17 ans, réglée depuis l'âge de 15 ans. Chez elle, la paralysie du nerf moteur oculaire commun gauche survenait chaque mois depuis l'âge de 13 ans; à partir de la puberté, la paralysie apparut chaque fois à l'époque des menstrues, durait trois jours comme elles, et était précédée de céphalalgie et de vomissements.

Comme on le voit, ces observations ne sont pas absolument identiques à celle de Mœbius qui admet chez des malades l'existence d'une lésion centrale, située au voisinage du noyau d'origine du nerf oculaire commun, et évoluant très lentement en procédant par processus. J. B.

VIII. — Jeune homme névropathe ayant reçu, quatre semaines auparavant, dans la région cervicale droite, un coup de couteau dont la lame a pénétré d'environ 12 centimètres. La plaie guérit sans incident; mais, dès qu'il eut repris ses études, le jeune homme remarqua la fatigue rapide de son œil droit. A l'angle de la mâchoire, se voit une cicatrice oblique en bas et en dedans, longue de 2 centimètres 1/2 sur 3 de large.

Il en part inférieurement, en avant et parallèlement au sternomastoïdien, un cordon induré non douloureux sur lequel la peau est mobile. Légère parésie du risorius de Santorini et du peaussier droit. La contractilité électrique n'offre pas de différence des deux côtés. Anesthésie légère au niveau du peaussier droit, à l'angle maxillaire notamment.

L'ouverture palpébrale est moitié moindre à droite, et ce rétrécissement tient à la fois à l'abaissement de la paupière supérieure et à l'élévation de la paupière inférieure. Conjonctive droite un peu injectée et humide. Pupille droite de configuration normale, mais moitié plus étroite que la gauche. Aucune différence dans la rapidité et l'amplitude des mouvements iriens sous l'influence de la lumière ou de la convergence des regards.

Les excitations douloureuses de l'un quelconque des côtés du cou n'en-

Digitized by Google

traînent de mydriase qu'à gauche. Pas de différence dans le degré de saillie ou de tension des globes oculaires.

Le malade ressent toujours une sensation de chaud sur le côté droit de la figure qui ne sue jamais. La température du conduit auditif droit dépasse de neuf dixièmes celle de son congénère. L'oreille droite est rouge. Fréquentes palpitations nocturnes.

L'induration sous-cutanée diminua peu à peu sans disparaître complètement.

Les phénomènes subjectifs cessèrent aussi, sans que les symptômes objectifs subissent aucun changement.

Mœbius ayant revu le malade, neuf mois après son accident, constata un aplatissement manifeste de la joue droite et l'enfoncement de l'œil correspondant. Ces deux signes n'existaient pas encore trois mois après la blessure.

Au bout de vingt et un mois, il n'était survenu, malgré l'emploi de l'électricité sous toutes ses formes, aucune amélioration ni aucune modification dans les troubles morbides. Contrairement à ce qu'Ogle et Nicati ont noté, chez le malade de Moebius l'éserine rétrécissait moins la pupille paralysée que l'autre et l'atropine la dilatait plus rapidement et plus énergiquement. (*R. S. M.*, II, 668 et 698; VII, 170, 705 et 725; XVII, 455 et XXI, 585.) J. B.

IX. — Un homme de 20 ans, en état d'ivresse, passe la nuit du 3 au 4 janvier 1884 couché sur la terre en plein air. On le trouve à 8 heures du matin et malgré l'intervention des médecins il reste jusqu'au soir sans connaissance. Le 7 janvier l'avant-bras droit est fléchi; les fléchisseurs sont contracturés et sensibles à la pression; il en est de même du biceps. Anesthésie du membre supérieur droit. Contracture des péroniers à droite avec anesthésie au niveau de ces muscles. Le patient se plaint de douleurs et de fourmillements dans ces parties.

L'amélioration se produit rapidement, mais à partir du 10 janvier le gonflement des muscles est remplacé par de l'atrophie; tandis que l'endolorissement de ces organes diminue, on y constate des nodosités dures qui disparaissent à leur tour. Leur excitabilité galvanique est conservée, mais ils résistent au courant faradique. Les troncs nerveux restent excitables.

X.—Voici un cas d'ophtalmoplégie causé par des tumeurs lymphoïdes du cerveau.

Un sujet cachectique est atteint de paralysie du droit externe à droite, et d'ophtalmoplégie complète à gauche; à droite il y a neurorétinite, hémorragie de la rétine et de la papille. A gauche, névrite optique commençante.

Autopsie. — La dure-mère est semée de noyaux durs dont les plus gros sont logés dans la région des sinus et dans la faux; une tumeur aplatie comprime à gauche les nerfs qui pénètrent dans l'orbite. Le nerf de la sixième paire et le nerf optique du côté droit présentent sur leur trajet des nodosités. Mêmes tumeurs dans les poumons et le foie.

Ces tumeurs sont constituées par du tissu adénoïde. Ce sont des lymphomes malins. L. GALLIARD.

XI. — Sous ce titre un peu vague, Bristowe fait connaître l'histoire de certains malades atteints d'ophtalmoplégie, avec d'autres symptômes simulant une tumeur cérébrale, et à l'autopsie desquels aucune lésion ne put être découverte. Voici le résumé de ces observations :

Obs. 1. — Marion H... est admise à l'hôpital Saint-Thomas, en 1877 et 1878, pour des symptômes de goitre exophtalmique. En janvier 1880, pour la première fois elle éprouve de la diplopie, qui s'accentue au mois de novembre de la même année.

En 1881, elle rentre à l'hôpital avec une exophtalmie de moyenne intensité, un ptosis double incomplet et une paralysie presque absolue des muscles de

Digitized by Google

l'œil, sans troubles de la vision : on lui découvre de l'hémianesthésie droite, avec cécité des couleurs, perte du goût et de l'odorat du même côté.

Deux mois plus tard, survient une otite de l'oreille droite, accompagnée de surdité et d'hémorragie se faisant simultanément par l'oreille et la narine droite. L'auteur, associant ces divers symptômes, diagnostique une tumeur se développant aux dépens de la dure-mère, dans le voisinage du rocher, et envahissant l'os secondairement. Ce diagnostic est rendu d'autant plus probable, que bientôt surviennent des vomissements, puis une crise épileptiforme suivie de plusieurs autres, finalement une paralysie avec contracture des membres anesthésiés, céphalée persistante, et hémorragies par les deux oreilles.

La malade succomba à une bronchite capillaire, et, au grand étonnement de tous les médecins qui l'avaient suivie, il fut impossible de trouver aucune lésion macroscopique ou histologique des centres nerveux ni dans la moelle, ni dans le bulbe.

Obs. 2. — Gertrude H..., âgée de 15 ans, est admise à l'hôpital en janvier 1883, avec de la céphalée, de la parésie des muscles droits externes de l'œil, et de l'affaiblissement du bras droit : on ne trouve point de névrite optique ni de paralysie de l'accommodation.

A la fin de la même année, l'ophtalmoplégie est complète, les deux yeux louchent en bas et en dedans. En 1884, à ces symptômes s'ajoutent de l'incertitude de la marche et des nausées, ainsi qu'une hémiplégie incomplète sensitive et motrice, du côté droit. Quelques mois plus tard, le côté gauche devient le siège de mouvements choréiformes; puis surviennent des attaques d'épilepsie, d'abord éloignées, puis plus rapprochées. Cette malade quitta l'hôpital en février 1885 sans que son état se fût amélioré.

L'auteur considère ces deux cas comme des faits de névrose sans lésion, analogues, mais non identiques à l'hystérie. Comme point de comparaison, il publie trois autres cas d'ophtalmoplégie, deux chez des ataxiques, un troisième chez un individu atteint de crises gastriques, de strabisme externe, et de paralysie de l'accommodation, enfin d'anesthésie de la face et du cou, et de paralysie des abducteurs du larynx. Il s'agissait d'un syphilitique, et l'auteur pense que la légion siégeait au niveau des noyaux d'origine du pneumogastrique et du spinal accessoire, sur le plancher du 4e ventricule : il se pourrait également que ce fût là un exemple d'ataxie. H. R.

XII. — Voici d'abord le résumé des deux cas de *Remak*.

Premier cas. — Femme de 23 ans, ayant tenté de s'empoisonner par l'oxyde de carbone. Pour la sortir du coma, on lui pratique au milieu de la face dorsale des deux avant-bras, 4 à 5 injections soit d'éther soit d'huile camphrée. A son réveil, la malade se trouve paralysée de la main gauche : perte de l'extension des 5 doigts au niveau de leur première phalange et perte de l'abduction du pouce. L'examen pratiqué par Remak, trois semaines plus tard, montre une paralysie partielle du radial gauche, intéressant seulement l'extenseur commun, les long et court extenseur propres et l'abducteur long du pouce, enfin les extenseurs propres de l'index et du petit doigt. Le long et le court supinateur, les extenseurs du poignet (aussi bien les radiaux que le cubital) sont en revanche indemnes. L'excitabilité faradique des muscles paralysés fait absolument défaut, soit qu'on excite le tronc du nerf, soit qu'on applique le courant induit directement sur les muscles. Il en est de même quand on excite le nerf avec des courants galvaniques. Au contraire, l'excitabilité galvanique directe des muscles est plus grande sur le bras paralysé (près du double); en outre la contraction de ce côté est lente. On a donc affaire à la forme grave de la réaction de dégénérescence qui est d'ailleurs

Digitized by Google

limitée au rameau profond du nerf radial. Aucun trouble de la sensibilité. On pourrait à première vue confondre cette paralysie avec une paralysie saturnine, mais dans celle-ci le long abducteur du pouce n'est jamais atteint qu'après que les extenseurs du poignet sont depuis longtemps paralysés.

On pourrait ensuite rapporter cette paralysie radiale à l'intoxication par l'oxyde de carbone, mais ce qui décide Remak à la mettre sur le compte de l'éther, c'est, outre la connaissance des faits d'Arnozan (*R. S. M.*, XXI, 118) et de Charpentier (*R. S. M.*, XXVI, 692), l'observation suivante qu'il avait faite antérieurement.

Deuxième cas.— Femme de 29 ans, ayant subi huit semaines auparavant l'anesthésie obstétricale et des injections sous-cutanées d'éther dans les avant-bras pour combattre une asphyxie imminente occasionnée par le chloroforme. Du côté gauche, elle eut un abcès; du côté droit, une paralysie radiale tout à fait semblable à celle de la précédente, sauf que le long abducteur du pouce était épargné. La guérison s'opéra dans l'espace de quatre mois. Chez l'une et l'autre femmes ce furent les extenseurs du pouce qui restèrent le plus longtemps inertes. Les mouvements fonctionnels étaient déjà rétablis depuis bien des mois, qu'on notait encore un défaut d'excitabilité directe des muscles par les courants induits. Remak crut à une paralysie traumatique par lésion du nerf, et c'est ainsi qu'il interpréta le fait (*Eulenburg's Real Encyklopaedie XI*). Il ne songea à incriminer l'éther qu'après avoir lu les faits analogues d'Arnozan.

S'il n'est pas vraisemblable que, dans tous les cas, le nerf lui-même ait été piqué, il est en revanche probable que la canule a perforé l'aponévrose antibrachiale. Il y aurait donc lieu de choisir, pour faire les injections, un autre endroit que le côté extenseur de l'avant-bras, afin d'éviter une névrite dégénérative des nerfs moteurs. Un caractère qui distingue ces paralysies de celles dues aux vapeurs du charbon, c'est précisément l'exagération de l'excitabilité galvano-musculaire. La première des malades de Remak avait éprouvé des douleurs dans les premiers jours.

Voici maintenant le fait de *Mendel :*

Femme de 37 ans, à laquelle pour une hémorragie puerpérale grave on avait pratiqué une injection d'éther à la face dorsale de l'avant-bras droit : outre une légère tuméfaction (sans abcès) au niveau de la piqûre, il se produisit successivement une sensation d'engourdissement dans l'avant-bras et la main, puis de l'affaiblissement de cette main avec impossibilité d'étendre le 3e et le 4e doigts. L'exploration électrique de l'extenseur commun ne révéla aucune réaction de dégénérescence, mais une diminution de l'excitabilité galvanique et une disparition presque complète de l'excitabilité faradique. La guérison complète fut obtenue en trois semaines à l'aide des courants constants.

Mendel et Remak font l'un et l'autre remarquer que les injections de morphine, beaucoup plus fréquentes et souvent pratiquées à tort et à travers par les malades eux-mêmes, n'ont jamais entraîné d'accidents semblables, ce qui prouve bien le rôle nocif, spécial de l'éther. J. B.

XIII. — Dreschfeld revient sur les deux formes par lui décrites de paralysie alcoolique : la forme ataxique et la forme paralytique. La première paraît être une névrite périphérique. L'auteur en donne trois observations nouvelles.

Obs. 1. — Homme de 32 ans, grand buveur et faisant beaucoup d'excès vénériens. Il éprouve des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, des plaques d'anesthésie aux pieds, de la douleur à la pression du mollet, sans atrophie musculaire bien nette, mais avec une incoordination motrice prononcée. Pas de suppression des réflexes.

Digitized by Google

Obs. 2. — Alcoolique dipsomane, non syphilitique. Depuis 1884 il éprouve des élancements dans les deux jambes et aux pieds; la sensibilité est diversement distribuée; ici des plaques d'hyperesthésie, là d'anesthésie : perte du réflexe patellaire, légère atrophie des mollets, pas de parésie vésicale. Diminution de la contractilité électrique. Sous la seule influence de la suppression de l'alcool, tous les symptômes s'amendent, y compris les réflexes patellaires qui reparaissent; il ne reste plus d'atrophie.

Obs. 3. — Femme de 53 ans, souffrant depuis trois ans à la fois de douleurs de goutte et de douleurs fulgurantes dans les jambes. Démarche incertaine, impossible dans l'obscurité : faiblesse des jambes : signe de Romberg, anesthésie des pieds, réflexes tendineux supprimés : hyperesthésie très notable des muscles du mollet et de l'avant-bras exaspérée à la pression. Quelques jours après, mort d'urémie.

On trouve à l'autopsie une néphrite goutteuse, cause immédiate de la mort, et de plus, des lésions de névrite diffuse relevant de l'alcoolisme (altération du pseudo-tabes de Déjerine).

Dans la seconde partie de son mémoire, l'auteur fournit un exemple de l'association de l'ataxie et de la paralysie alcoolique chez un même sujet : les quatre observations qui terminent ce travail ont trait à des paralysies à type classique, s'accompagnant d'atrophie, et se localisant de préférence aux extenseurs des doigts et des orteils. Ces symptômes se remarquent de préférence chez les femmes, et finissent presque toujours par guérir. Nous renvoyons le lecteur au mémoire de Dreschfeld pour le détail des observations. H. R.

XIV. — On savait, depuis les recherches de Erb (1874), que certaines paralysies du membre supérieur se localisent particulièrement à un groupe de muscles, en ménageant la sensibilité. C'est sur ces variétés de paralysies radiculaires, déjà du reste entrevues jadis par Duchenne, que Mlle Klumpke vient de faire paraître une très intéressante monographie.

Voici comment se présentent d'ordinaire les faits cliniques. A la suite d'un traumatisme de l'épaule, on voit progressivement se développer une paralysie limitée aux muscles suivants : deltoïde, biceps, brachial antérieur et long supinateur. L'impotence fonctionnelle existe toujours, et l'atrophie musculaire suit presque constamment, avec la constatation de la réaction galvanique de dégénérescence. Le triceps reste absolument intact. Par contre, la sensibilité est peu affectée, tout au plus trouve-t-on passagèrement une diminution de la sensibilité dans la sphère du musculo-cutané et du radial. Dans certains cas, outre les muscles précités, on signale l'envahissement, à un moindre degré, des muscles sous-épineux, grand rond, grand dorsal, des pectoraux et du grand dentelé.

Presque toujours on constate un point névralgique situé en dehors du sterno-mastoïdien, au niveau de l'apophyse transverse de la 6e vertèbre cervicale. C'est le point de Erb : en l'électrisant, on provoque des contractions associées des divers muscles précités.

Il résulte des recherches anatomiques de Féré, de Forgue (*Thèse de Montpellier* 1883) et des expériences de Ferrier et Yeo sur le singe, que l'association de la paralysie des muscles deltoïde, biceps, brachial antérieur et court supinateur témoigne d'une lésion des branches radiculaires supérieures du plexus cervical (5e et 6e racines). Les branches radiculaires inférieures peuvent être également lésées, et ici se place un

Digitized by Google

symptôme extrêmement curieux et fort important, que Mlle Klumpke met bien en relief : c'est la présence de phénomènes oculopupillaires. Ces phénomènes sont caractérisés par du myosis, et par la rétraction du globe oculaire ; il n'existe presque jamais simultanément de troubles vaso-moteurs et calorifiques de la face, ce qui, par parenthèse, semble indirectement prouver la justesse de l'opinion de Cl. Bernard, d'après laquelle les fibres irido-dilatatrices ne passent que par les deux premières racines dorsales.

Enfin, la paralysie de la racine inférieure du plexus brachial se traduit chez l'homme par une paralysie du nerf cubital, du brachial cutané interne et de son accessoire, ce qui détermine une paralysie atrophique des muscles de l'éminence thénar et des interosseux.

La dernière partie du mémoire de Mlle Klumpke consiste en expériences faites avec Déjerine sur l'arrachement des nerfs du plexus brachial : cette opération ne s'accompagne de phénomènes pupillaires que quand le rameau communicant du premier nerf dorsal est intéressé.

H. R.

XV. — La thèse de Secrétan vient confirmer les résultats annoncés par Mlle Klumpke. Toutes les observations publiées sur la question, au nombre de 26, y sont résumées, et l'auteur en ajoute une nouvelle, personnelle, recueillie dans le service de Vulpian. On trouve dans cette thèse des recherches intéressantes sur les troubles sensitifs qui accompagnent les troubles moteurs. Il ressort de ces recherches que la 5e et la 6e racines fournissent des fibres sensitives cutanées externes, tandis que les racines inférieures donnent la sensibilité à la partie interne du bras, ce qui démontre que l'innervation motrice et sensitive prennent leur origine à peu près au même niveau médullaire. Pourtant les filets sensitifs de la partie externe de la main et des doigts paraissent naître plus haut que les filets moteurs de cette région.

En un mot, l'innervation du membre supérieur se fait de haut en bas et de dehors en dedans.

H. R.

XVI. — Le fait de Dufourt est un nouvel exemple de paralysie radiculaire, offrant ceci de particulier qu'elle était survenue spontanément, sans traumatisme antécédent.

Femme de 31 ans, sans antécédents syphilitiques, non hystérique, blanchisseuse ; prise, il y a trois mois, d'impotence du bras, qui augmente graduellement. A son entrée, on constate une atrophie, surtout marquée au niveau du deltoïde ; une impossibilité de fléchir l'avant-bras sur le bras, due à une paralysie du biceps, du brachial antérieur, du long supinateur ; le triceps brachial est intact. La pronation de la main se fait bien, la supination est impossible, de même l'adduction du bras par l'épaule et la rotation en dedans s'exercent bien, mais la rotation en dehors est nulle. Perte absolue de la contractilité faradique du biceps, du brachial antérieur, du long supinateur, du deltoïde, du sous-épineux. Réaction de dégénérescence très nette dans certains muscles. Pas de douleurs spontanées, douleur très nette à la pression au niveau du point de Erb. Pas de troubles de la sensibilité au tact, à la douleur, à la température. Abaissement de 2 degrés de la température locale. L'examen des nerfs sudoraux, par l'injection de pilocarpine, montre que du côté du bras lésé il y a retard et diminution de la sudation. État général parfait.

A. C.

XVII. — Le travail de J. Prevost est une revue critique intéressante

Digitized by Google

de tous les faits connus sur les paralysies radiculaires. Le côté original et personnel du mémoire réside dans l'exposé d'expériences destinées à résoudre la question de l'origine des fibres oculo-pupillaires émanées de la moelle cervicale. En voici les résultats : sur deux chats, l'électrisation de la 8e cervicale a produit des phénomènes pupillaires très nets, tandis que, chez trois autres, elle est restée sans résultat. Jamais l'excitation de la 7e paire, à plus forte raison celle des 5e et 6e, n'a produit de troubles du côté de la pupille, à l'inverse des assertions de Franck. L'expérimentation est donc loin d'avoir la précision et la netteté des faits cliniques.

XVIII. — Les trois cas suivants, qui sont la contre-partie l'un de l'autre, montrent bien la réalité des groupements musculaires sous l'influence d'une lésion limitée du plexus brachial et de ses racines.

Le premier de ces cas concerne un malade de 38 ans, atteint d'atrophie musculaire progressive depuis trois ans. L'affection a débuté classiquement par les interosseux du bras droit, et s'est étendue ensuite au membre supérieur gauche. Outre l'atrophie des extenseurs et des interosseux, on constate que les muscles les plus atteints sont le biceps, le brachial antérieur, le long supinateur et le deltoïde : le grand pectoral commence à être atteint dans ses faisceaux claviculaires; le grand dentelé et le grand rond sont également touchés.

Même circonscription des lésions pour le membre supérieur gauche, à un moindre degré. Ce qui frappe, c'est l'intégrité absolue et la vigueur musculaire du triceps, qui contraste avec l'atrophie des muscles précités.

Le second malade de Beevor est un jeune homme de 18 ans, qui après une scarlatine eut dans son enfance une myélite diffuse, dont il guérit tout en conservant les lésions suivantes :

Membre supérieur droit. L'avant-bras est robuste et bien musclé. Le triceps est complètement atrophié et incapable d'étendre le bras sur l'avant-bras; le biceps, le brachial antérieur et le deltoïde sont au contraire intacts. Les faisceaux claviculaires du grand pectoral sont bien musclés, le faisceau sternal, par contre, est atrophié. Le grand dentelé n'est pas malade, mais le grand dorsal a pour ainsi dire disparu. Mêmes lésions plus accentuées, dans le membre supérieur gauche.

Il ressort de la comparaison de ces deux faits que les muscles du bras se partagent en deux groupes fonctionnels agissant séparément : le groupe biceps, deltoïde, brachial antérieur d'un côté; le triceps, les extenseurs de l'avant-bras et les faisceaux sternaux du pectoral de l'autre. Ce groupement ne correspond pas à la distribution anatomique des nerfs périphériques du plexus brachial, mais à leur origine réelle. Le groupe biceps, deltoïde et long supinateur, d'après les idées de Ferrier et Yeo, correspond à la partie supérieure du renflement brachial, tandis que les muscles atrophiés chez le second malade répondent à la partie moyenne de ce renflement. Pour Beevor, voici comment il faudrait interpréter la localisation des lésions : chez le premier malade, ce sont les muscles innervés par les 4e et 5e paires cervicales qui sont tous affectés, puis vient le grand dentelé, qui dépend en apparence de la 6e paire, mais probablement de la 5e par les anastomoses; enfin les extenseurs de la main et des doigts, qui sont reliés à la 8e paire cervicale et à la 1re dorsale. Dans le second cas, ce sont le triceps, le grand dorsal et la portion sternale du pectoral qui sont atrophiés, c'est-à-dire ceux qui sont innervés exclusivement par les 6e et 7e racines cervicales. Il est in-

Digitized by Google

téressant de voir que d'après le schéma de Ferrier, confirmé par la clinique, le grand pectoral reçoit son innervation de deux sources différentes : la 7e racine innervant son faisceau sternal, et la 8e, son faisceau claviculaire.

H. R.

I. — **Contribution à l'étude de quelques-unes des formes cliniques de la myopathie progressive primitive, par P. MARIE et G. GUINON** (*Revue de médecine*, 10 *octobre* 1885).

II. — **Sur une forme particulière d'atrophie musculaire progressive, par CHARCOT et MARIE** (*Revue de médecine*, 10 *février* 1886).

III. — **Contribution à l'étude des atrophies musculaires succédant aux affections articulaires, par André MOUSSOUS** (*Thèse de doct.*, *Bordeaux* 1885).

IV. — **Ueber eine eigenthümliche progressive atrophische Paralyse (Paralysie atrophique progressive spéciale chez trois enfants d'une même famille), par SCHULTZE** (*Berlin. klin. Woch.*, *XXI*, *n*° 41, *p*. 649).

V. — **Primary spastic paralysis and pseudohypertrophic paralysis (Tabes spasmodique et paralysie pseudo-hyperthrophique chez plusieurs membres d'une même famille), par W. PHILIP** (*Brain*, *p*. 520, *janvier* 1886).

VI. — **Paramyoclonus multiplex, par MARIE** (*Progrès médic.*, 20 *février* 1886).

I. — On trouvera dans ce mémoire l'exposé détaillé des faits qui ont servi de base aux leçons faites l'hiver dernier par le professeur Charcot sur la revision des atrophies musculaires. Marie et Guinon ont divisé ces observations en trois catégories : la paralysie pseudo-hypertrophique, l'atrophie musculaire juvénile de Erb, et la forme héréditaire infantile de Duchenne; après avoir décrit en détail les différences qui les séparent, ils les ont, dans un tableau d'ensemble, rapprochées les unes des autres et montré que ces différences sont plus apparentes que réelles : l'hypertrophie musculaire, en effet, n'a aucune valeur, car souvent, dans un même muscle à côté de faisceaux musculaires hypertrophiés, on en trouve d'atrophiés ; souvent aussi l'hypertrophie est passagère et l'atrophie permanente, définitive, lui fait place.

Le mode d'envahissement des muscles, tout en étant différent dans la majorité des cas, peut subir, lui aussi, des variations nombreuses ; enfin les lésions anatomiques portent, dans les trois catégories de faits, sur l'élément musculaire lui-même et non sur la moelle; en un mot, il s'agit là de myopathies et non pas de myélopathies, ainsi que Landouzy et Déjerine l'ont montré précédemment pour la forme héréditaire de l'atrophie musculaire. En résumé, on a affaire non pas à trois maladies distinctes, mais à trois variétés d'une seule et même affection ayant son point de départ dans une altération du système musculaire.

C. GIRAUDEAU.

II. — La forme d'atrophie musculaire sur laquelle Charcot et Marie attirent l'attention débute le plus ordinairement dans l'enfance, souvent chez plusieurs frères et sœurs; quelquefois aussi elle existe non seulement chez les collatéraux, mais aussi chez les ascendants. L'atrophie envahit d'abord les pieds et les mains, ne se montrant aux membres supérieurs (mains d'abord, puis avant-bras) que plusieurs années après; donc son évolution est lente. Les muscles de la racine des membres ne

Digitized by Google

sont pas atteints, ou du moins le sont beaucoup plus tardivement. Les muscles du tronc, des épaules et de la face ne sont pas envahis par le processus morbide. Dans les muscles en voie d'atrophie, on constate l'existence de contractions fibrillaires et au niveau des segments de membres atteints des troubles vaso-moteurs. Les crampes sont fréquentes, mais les rétractions musculaires font défaut. La sensibilité est le plus souvent intacte ; quelquefois cependant elle peut être altérée. Les muscles en voie d'atrophie présentent la réaction de dégénérescence. La présence de contractions fibrillaires et la réaction de dégénérescence sont deux signes qui font défaut dans la myopathie progressive primitive de Landouzy et Déjerine, ce qui permet de décrire à part les deux maladies. C. GIRAUDEAU.

III. — La plupart des lésions articulaires, aiguës ou chroniques, traumatiques ou spontanées, peuvent être accompagnées de l'atrophie des muscles péri-articulaires. Les muscles atteints sont généralement les mêmes chez les différents sujets : le triceps crural pour le genou, les fessiers pour la hanche, le deltoïde pour l'épaule. L'atrophie est souvent assez forte pour amener de l'impuissance motrice. Elle ne s'accompagne pas de la réaction de dégénérescence. D'autres troubles moteurs (paralysies, contractures), sensitifs (anesthésie) et trophiques (allongement atrophique des os, adipose sous-cutanée, troubles vaso-moteurs) sont observés en même temps que cette atrophie.

Les lésions nerveuses ont été spécialement recherchées par l'auteur, soit chez l'homme, soit chez des animaux chez lesquels il a provoqué expérimentalement des arthrites. La moelle, les racines rachidiennes, les gros troncs nerveux ont été toujours trouvés sains. Les filets intramusculaires ont présenté quelquefois, mais non constamment, les lésions de la névrite parenchymateuse. Les plaques motrices n'ont pas été examinées. Dans ces conditions, ce n'est pas à une névrite que l'on peut attribuer l'atrophie musculaire. Au contraire, l'atrophie musculaire et la névrite, dans les cas où elle existe, doivent être considérées toutes deux comme dépendant d'une cause commune, qui serait, d'après l'auteur, une sorte d'inertie des centres trophiques de la moelle, inertie déterminée par la lésion articulaire. ARNOZAN.

IV. — Les parents et grands-parents des trois petits malades n'ont aucune affection nerveuse; un frère aîné, âgé de 13 ans, est bien portant. Chez les trois autres enfants, la maladie a débuté d'une façon identique, après l'âge de 2 ans ; sans douleurs ni convulsions s'est graduellement développé un pied-bot varus des deux côtés. Chez le plus jeune enfant, une fillette de 3 ans, la paralysie et l'atrophie sont limitées aux péroniers; les pieds ne peuvent être levés; le jambier antérieur, les extenseurs et les péroniers ne se contractent pas et offrent tous la réaction de la dégénérescence.

Chez le garçon, âgé de 5 ans, outre la paralysie atrophique des muscles innervés par les péroniers, existe une paralysie presque complète, avec atrophie intense et réaction de dégénérescence dans les muscles animés par les nerfs tibiaux.

Enfin, chez la sœur plus âgée, qui a 9 ans, il y a de plus que chez le précédent atrophie considérable des muscles des éminences thénars, des interosseux et de l'hypothénar, commencement d'envahissement des muscles desservis par le nerf radial et disparition du réflexe patellaire, qui est conservé chez les deux autres enfants.

Chez tous trois, on observe une palmure unissant le second et le troisième

Digitized by Google

orteil de chaque pied. Aucun n'offre ni troubles de sensibilité, ni contractions fibrillaires, ni troubles trophiques de la peau.

Schultze n'a rencontré aucune observation analogue dans la littérature. Il croit à une affection d'origine périphérique, due peut-être à un agent toxique ayant atteint simultanément les trois enfants. J. B.

V. — Relation fort intéressante d'une famille atteinte d'accidents nerveux bizarres. Le père, âgé de 60 ans, présente les symptômes d'une paralysie spastique progressive, due probablement à un grave traumatisme subi jadis dans une mine. Il a de l'affaiblissement des membres inférieurs, de la contracture des jambes, sans troubles sensitifs autres qu'une exagération des réflexes.

Un de ses fils offre les mêmes symptômes à un degré moindre; particularité curieuse, il a, comme son père, des plaques d'alopécie d'origine évidemment nerveuse.

Un autre fils souffre d'une paralysie pseudo-hypertrophique, et il est à remarquer que deux de ses frères ont succombé à cette affection.

L'auteur fait remarquer que l'hérédité morbide s'exerce ici dans les deux sens, et il se demande s'il y a des rapports entre la paralysie spastique et la myopathie pseudo-hypertrophique. H. R.

VI. — C..., âgé de 52 ans, est sujet depuis trois ans à des douleurs dans les membres supérieurs et à des secousses dans les membres inférieurs. Ces secousses existent surtout quand il est assis ou couché, deviennent moins intenses et plus rares quand il est debout; elles sont d'ailleurs très variables de fréquence et d'intensité; elles siègent le plus souvent dans les muscles antérieurs de la cuisse, et amènent une sorte d'extension brusque des deux jambes avec génuflexion presque instantanée. Les secousses n'ont jamais été observées quand le malade marchait. Elles peuvent être provoquées ou exagérées par un certain nombre d'excitations : percussion du tendon rotulien, percussion du muscle, suivie d'un myoïdème très accusé, et surtout chatouillement de la plante du pied ; dans ce dernier cas, les secousses étaient plus fortes quand on excitait le pied gauche que le droit et se propageaient dans les muscles de la fesse, et même dans quelques-uns de ceux du tronc et du bras droit antérieur, grand dorsal, grand pectoral, deltoïde, triceps. Même action de la pression prolongée sur le triceps fémoral ou sur l'artère fémorale.

Les secousses disparaissent la nuit. L'examen électrique ne permet de constater aucune modification de l'excitabilité des nerfs ou des muscles. H. L.

I. — On a case illustrating the cortical nature of epilepsy (Observations démontrant la nature corticale de l'épilepsie), par Noël PATON (*Brain*, *p.* 474, *janvier* 1886).

II. — Epileptic automatism, par J. ALTHAUS (*Brit. med. journ.*, *p.* 394, *février* 1886).

III. — A case of epileptic vertigo or automatism, par AYMER (*Ibidem*, *p.* 499, *mars* 1886).

IV. — A case of hystero-epilepsy in the male (Hystéro-épilepsie chez l'homme), par James OLIVER (*Brain*, *p.* 396, *octobre* 1885).

V. — Hystero-catalepsy in a male : attacks suspended by testicular pressure (Hystéro-catalepsie chez l'homme), par Allan MAC LANE HAMILTON (*Brain*, *p.* 528, *janvier* 1886).

VI. — Recherches expérimentales sur l'hystérie (anorexie, boulimie), par DEBOVE et FLAMAND (*Soc. méd. des hôpitaux*, *août* 1885).

Digitized by Google

VII. — Note sur les hémorragies cutanées par autosuggestion dans le somnambulisme provoqué, par MABILLE (*Progrès médical*, 29 *août* 1885).

VIII. — Een geval von hysterich zweeten en anurie (Un cas d'anurie hystérique), par GRIBLING (*Weekblad van het Nederl. Tijdsch. voor Geneeskunde*, *p.* 564, 1885).

IX. — Ueber einen eigenthümlichen Fall von Hysterie (Hystérie avec mouvements irrésistibles périodiques), par IMMERMANN (*Corresp.-Blatt für schweiz. Aerzte*, *n°* 13, *p.* 329, 1884).

I. — Note sur l'existence de l'ovarie dans la chorée de Sydenham, par P. MARIE (*Progrès médical*, 16 *janvier* 1886).

II. — The prechoreic stages of chorea, par R. STRATON (*Brit. med. journ.*, *p.* 437, *septembre* 1885).

III. — The basal pathology of chorea, par H. WOOD (*Medical News*, *p.* 615, 1885).

IIII. — Ueber acutes angioneurotisches Œdem (De l'œdème aigu angioneurotique), par STRÜBING (*Zeitsh. für klin. Medic.*, *Band IX*, *Heft* 5, *p.* 381-397).

IIV. — Paralysie agitante de cause traumatique, par E. DESCHAMPS (*France médicale*, *janvier* 1886).

IV. — Sur la maladie des tics convulsifs, par G. GUINON (*Revue de médecine*, 10 *janvier* 1886).

IVI. — Der Trigeminushusten (Toux du trijumeau), par WILLE (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 16, 1885).

IVII. — Ein Fall von einseitiger Gesichthypertrophie (Hypertrophie unilatérale de la face), par HANKEL (*Berlin. klin. Woch.*, *p.* 560, *septembre* 1884).

IVIII. — Singular case of absence of adipose matter in the upper half of the body (Absence de tissu adipeux dans la moitié supérieure du corps), par Weir MITCHELL (*Americ. Journ. of med. sc.*, *juillet* 1885).

I. — Fait intéressant, dans lequel le point de départ des crises épileptiques était un traumatisme ayant intéressé à la fois la zone corticale motrice et sensorielle : or les attaques étaient de deux ordres, les unes à type jacksonien, les autres ressemblant à de l'épilepsie ordinaire.

W. Heslop, garçon de 23 ans, fils d'un père alcoolique, a subi dans sa vie deux traumatismes considérables : une fracture de l'os frontal dans son enfance, guérie complètement par trépanation, et une fracture comminutive du pariétal droit, il y a cinq ans. Cette dernière le força à rester dix-huit mois à l'infirmerie ; la guérison en fut très lente, des esquilles osseuses sortirent et finalement la cicatrisation se fit ; mais trois semaines après débutèrent les attaques d'épilepsie, tantôt nocturnes, tantôt diurnes. Elles affectent deux types différents :

1er *type*. — Sensation d'une aura caractérisée par une chaleur du côté gauche de la face, et l'apparition d'un globe de feu devant l'œil gauche, puis sifflement d'oreilles et perte instantanée de la connaissance ; l'accès se comporte ensuite comme une crise épileptique ordinaire.

2e *type*. — L'attaque débute par un chatouillement de la lèvre supérieure gauche, puis surviennent une série de secousses spasmodiques qui entraînent à gauche la bouche et la joue, s'étendent ensuite aux muscles des membres supérieurs, puis au cou et à l'épaule gauche ; c'est alors que la tête est violemment inclinée à gauche et que le bras droit commence à se prendre. Dans

Digitized by Google

ces conditions, il perd connaissance et se réveille avec un violent mal de tête.

De l'examen approfondi de la cicatrice pariétale, il ressort que la dépression cranienne est située tout entière en arrière de la scissure de Rolando, englobe une partie de la pariétale ascendante et gagne en bas et en arrière la paroi postérieure de la scissure sylvienne.

L'auteur conclut de cette analyse que le malade est réellement affecté de deux espèces d'épilepsie : 1° de l'épilepsie jacksonienne, par irritation directe des centres moteurs ; 2° de crises provenant d'une excitation anormale des centres sensitivo-sensoriels de l'écorce ; il se fonde sur les caractères de l'aura (chaleur de la peau, sensation de boule de feu, sifflements d'oreilles), indiquant la participation des centres sensoriels groupés, comme on le sait, autour de la scissure sylvienne.

L'autopsie justifia ce diagnostic, en montrant une adhérence étendue de la dure-mère au pariétal droit dans toute l'étendue de la zone motrice pariétale ; mais de plus elle révéla une lésion inattendue, la présence d'un kyste dans le lobe frontal gauche au point où avait eu lieu la première fracture. L'auteur discute l'influence possible de cette lésion sur les crises d'épilepsie, et ne l'admet pas. Il termine son mémoire en indiquant comment, d'après le mode et la nature de l'aura prémonitoire, on peut diagnostiquer, ou tout au moins soupçonner le point de départ médullaire, bulbaire ou cortical de l'attaque épileptique. H. R.

II. — L'observation d'Althaus concerne un jeune homme de 28 ans, atteint de convulsions dans son enfance et épileptique depuis l'âge de 17 ans. Ses crises étaient très variées dans leur allure, mais toujours elles étaient suivies d'une période d'automatisme insconscient pendant laquelle le malade se levait, marchait sans savoir ce qu'il faisait, complètement anesthésique et irresponsable, et se livrait souvent à des actes violents, se disputant avec les passants et les battant. Ces phénomènes se produisaient aussi bien pendant la nuit que le jour, et aussi fréquemment à la suite d'accès larvés vertigineux que de grandes attaques avec aura. Le malade avait également une affection cardiaque qui paraissait avoir une certaine influence sur sa névrose, car un traitement médical dirigé contre sa maladie de cœur modifia beaucoup plus complètement ses crises épileptiques que la médication bromurée. H. R.

III. — Cas semblable au précédent. Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, qui une certaine nuit, en 1881, se couche et présente une légère attaque épileptiforme. Au bout de trois minutes, tout est fini ; le malade alors se lève, se promène dans la chambre, va ouvrir la porte, éteint le gaz et se recouche, sans avoir conscience de ces actes automatiques. Ces crises se répètent souvent, toujours au moment de se mettre au lit, et toujours s'accompagnent d'actions raisonnées inconscientes, telles que de se lever, de s'habiller, de cacheter une lettre, de la mettre à la poste, etc. Après un traitement de bromure à haute dose, ces crises diminuent, mais plus tard elles reparaissent, avec une intensité plus considérable. Cette nouvelle phase du mal se caractérise par de grandes convulsions, mais l'automatisme a disparu depuis lors. H. R.

IV. — Un homme de 36 ans, tailleur de cristaux, se trouve pris dans un embarras de voitures et serré entre deux voitures ; il n'éprouve aucune lésion, mais une grande frayeur, fait quelques pas et tombe sans connaissance ; on le relève hémiplégique du côté gauche. L'état reste stationnaire pendant un mois, et un jour qu'on était occupé à l'électriser, survient une crise nerveuse, avec perte de connaissance, suivie d'une contracture du côté paralysé. Cette crise est passagère, mais, depuis lors, elle se répète fréquemment, toujours avec les mêmes caractères (rotation des yeux à gauche, con-

Digitized by Google

tracture et flexion des doigts, corps en arc de cercle, quelquefois morsure de la langue, perte de connaissance absolue).

Malgré le titre de l'observation, ce sont bien là des attaques de grande hystérie, car on peut les produire à volonté en excitant des points hystérogènes, situés le long de la fémorale, de la carotide et de l'humérale gauche.

H. R.

V. — Relation d'un cas assez complexe d'hystéro-catalepsie chez un homme de 35 ans, obèse et d'une intelligence active, mais morphinomane. Ce malade contracte une pneumonie, et au neuvième jour fait une défervescence régulière; mais, privé de morphine, il se sent nerveux, inquiet et agité. Un certain jour, il a deux pollutions séminales spontanées qui le fatiguent beaucoup; le soir même, il est pris d'une attaque de somnambulisme, avec inconscience complète, hallucinations, analgésie, et, au bout d'une période d'excitation fort courte, il tombe dans un état de catalepsie totale, dont on ne peut le tirer qu'en lui comprimant le testicule. Le lendemain, une crise du même genre se reproduit, terminée de la même manière. Depuis lors, aucune attaque nouvelle n'est survenue. H. R.

VI. — Debove et Flamand ont eu l'idée de développer par la suggestion chez des sujets éminemment suggestionnables plusieurs symptômes hystériques. Ils ont produit l'anorexie par suggestion en affirmant aux sujets qu'ils n'auraient plus faim; deux femmes ont été soumises à un jeûne de quinze jours pleins, jeûne pendant lequel elles ont bu, mais n'ont ingéré aucun aliment solide; elles ont maigri, l'une de $3^{kg},200$, l'autre de $5^{kg},700$. Un homme vigoureux soumis au même régime perdit 15 livres en cinq jours et l'on dut suspendre l'expérience qui l'épuisait. Deux tableaux montrent la diminution de poids, beaucoup plus considérable les premiers jours, et les variations de l'urine en quantité et qualité.

Puis à des sujets soumis au jeûne on a donné la suggestion de polyphagie; l'augmentation a été en quinze jours de $2^{kg},800$ et de 6 kilogrammes; l'un d'eux a augmenté de 4 kilogrammes en deux jours.

Chez une malade par suggestion, on put produire le dégoût des aliments solides et liquides; le cinquième jour de l'expérience elle ne sécrétait plus que 25 grammes d'urine; le sixième, que 9 grammes.

H. L.

VII. — Le 5 août, au matin, V... est plongé dans le somnambulisme; on lui commande de dormir de 8 heures du soir à 5 heures du matin, sans rien voir, entendre, ni sentir. A l'heure indiquée, V... s'endort sans qu'on puisse le réveiller, et il renouvelle spontanément la série des expériences auxquelles il a été antérieurement soumis, pressant les doigts sur les yeux, sur le vertex, faisant le dialogue avec questions et réponses. Il se commande à lui-même, fait un V sur un point du bras et ordonne que cela saigne un quart d'heure après son réveil; un quart d'heure après, V... est pris d'une crise, qui lui est habituelle quand on lui suggère les stigmates, et à la fin de laquelle on voit sur le bras un V couvert de sang, au lieu et place d'un V suggéré deux jours avant. H. L.

VIII. — Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans, un peu anémique, qui, depuis deux ans, était prise chaque jour, après midi, de céphalalgie et de sueurs profuses, qui ne cessaient que vers 6 heures du soir. Outre cela, la malade ne pouvait pas marcher.

De plus, elle urinait peu et, dans les cinq dernières semaines, elle fut prise d'anurie complète.

L'examen de tous les viscères et du système nerveux n'a dévoilé aucune altération.

Digitized by Google

On a essayé sans succès la quinine, l'arsenic, l'atropine et l'électricité.

LESAGE.

IX. — Ouvrière de 31 ans, bien réglée ; convulsions dans l'enfance. En décembre 1873, chute sur le trottoir, sur le côté gauche de la tête, suivie de syncope passagère et de perte de la parole pendant vingt-quatre heures. Le 24 janvier suivant, accès violent d'étouffement et de convulsions avec perte consécutive de la connaissance ; de même les jours suivants.

Le 27, dès le réveil, elle exécute, sans pouvoir les empêcher, des mouvements machinaux ; quand elle est assise, c'est une projection de tout le haut du corps en avant, se répétant coup sur coup ; quand elle est couchée, ce sont des mouvements de latéralité de la tête et de rotation des bras et de la jambe gauche. Ces accès, accompagnés d'une insomnie absolue, durent quatre jours et, après neuf jours libres, se reproduisent encore pendant quatre jours.

Jusqu'en juin 1875, douleurs dans la région pariétale gauche. Depuis lors, les intervalles libres entre les accès de mouvements irrésistibles ne sont plus que de sept jours au lieu de neuf.

En 1878, le bras droit, en 1879, la jambe gauche cessèrent de se mouvoir involontairement.

En 1880, aphonie subite.

Etat en septembre 1883 : Anémie, leucorrhée ; sensibilité de l'ovaire gauche à la pression. Pas d'autres troubles de l'innervation, que la paralysie des cordes vocales et l'anesthésie absolue du larynx. Déglutition normale. 5e apophyse épineuse dorsale légèrement douloureuse à la pression. Sur le pariétal gauche, au voisinage de la suture sagittale, dépression osseuse. Marche normale. Quand la malade s'assied, elle se met à branler la tête ; dès qu'elle est couchée, se produisent une rotation continue ou des oscillations latérales de la tête et une rotation incessante du bras gauche légèrement fléchi. Ouïe normale.

La malade, chez laquelle toute simulation peut être exclue, est facilement hypnotisable. Durant le sommeil naturel ou provoqué, cessation des mouvements irrésistibles.

Les antispasmodiques, l'hydrothérapie et le fer ont amené une guérison au bout de sept mois.

Dans la discussion, *Wille* émet l'avis qu'à côté de l'hystérie, il existait une névrose d'origine traumatique expliquant les mouvements irrésistibles.

Hagenbach a observé deux cas de mouvements machinaux involontaires chez des enfants. Dès qu'on les mettait au lit commençaient des mouvements latéraux de la tête qui empêchaient le sommeil. La guérison se fit spontanément.

J. B.

X. — Les recherches de Marie ont porté sur 33 enfants : 27 filles, de 9 à 15 ans, et 6 garçons du même âge.

L'ovarie n'a manqué que 9 fois ; chez 10 malades elle siégeait à droite, chez 10 à gauche, chez 4 elle était double ; quelquefois elle était assez intense pour que le malade attirât de lui-même l'attention sur la douleur ressentie dans le ventre ou dans l'aîne ; le plus souvent il fallait exercer une pression au point d'élection pour éveiller une sensation spéciale.

Sur les 9 cas où l'ovarie a fait défaut, 5 fois il s'agissait de garçons ; chez le sixième garçon elle existait dans la fosse iliaque au même point que chez les filles ; le testicule et le cordon n'étaient point douloureux. Le côté où siège l'ovarie est toujours celui où ont débuté les mouvements anormaux.

Chez une femme, grosse de six mois et atteinte de chorea gravidarum,

Digitized by Google

le point ovarien était élevé à 4 centimètres au-dessus du niveau normal.

H. L.

XI. — Nous donnons pour mémoire les conclusions du travail de l'auteur qui auraient besoin d'être appuyés sur des observations plus décisives.

Pour Straton, on verrait presque toujours apparaître, chez les enfants destinés à devenir choréiques, des érosions des narines ou de la gorge, qui deviendraient la porte d'entrée d'un micro-organisme. Consécutivement la pénétration de ce micro-organisme donnerait lieu à de l'endocardite végétante, avec ses conséquences d'embolies capillaires des centres nerveux. H. R.

XII. — Wood donne une étude intéressante de la chorée du chien et rapproche cette maladie de la chorée infantile ; même survenance chez les jeunes sujets, même origine à la suite de maladies aiguës probablement infectieuses, mêmes bons effets de la médication arsénicale.

Chez le chien, la section de la moelle dorsale laisse persister les mouvements choréiques, mais ils cessent d'être synchrones et associés dans les membres antérieurs et postérieurs. La lésion, si tant est qu'elle existe, occupe probablement les cellules motrices des cornes antérieures de la moelle, car la galvanisation d'un nerf sciatique mis à nu arrête immédiatement les mouvements de la patte postérieure correspondante, bien que l'animal ne donne aucun signe de douleur.

L'examen histologique des moelles de chiens choréiques montre des lésions très nettes des cellules des cornes antérieures : perte de l'affinité pour les matières colorantes, puis disparition des noyaux, des prolongements protoplasmiques, et transformation de la cellule en petit corps opaque et irrégulier.

Des lésions analogues auraient été constatées dans la chorée du chat et même dans la chorée humaine. A. CHAUFFARD.

XIII. — 1° L'œdème survient rapidement et disparaît vite. On l'observe non seulement à la peau, mais sur les muqueuses. S'il occupe les muqueuses du pharynx et du larynx, il peut entraîner des troubles respiratoires extrêmement graves.

Cet œdème semble être d'origine vaso-motrice. Strübing croit qu'il est plutôt produit par une excitation des vaso-dilatateurs que par une paralysie des vaso-constricteurs. Celle-ci, dans les expériences physiologiques s'accompagne d'une hyperémie qu'on ne rencontre pas dans l'œdème aigu et est loin de donner un exsudat aussi abondant. Les phénomènes produits par l'excitation des vaso-dilatateurs se rapprochent, au contraire, beaucoup plus de ceux qu'on observe en clinique. Peut-être l'excitabilité de ces nerfs est-elle augmentée chez les sujets atteints d'œdème aigu, de sorte qu'ils entrent en jeu sous la moindre influence.

2° Les troubles de l'appareil digestif ressemblent beaucoup à ceux qui existent dans la colique de plomb, vomissements, constipation opiniâtre, coliques très vives, ventre rétracté. L'urine, peu abondante et très dense, renferme souvent de l'albumine ; on observe quelquefois de la somnolence ; enfin, chez un des malades, les vomissements étaient composés d'un liquide extrêmement abondant que l'analyse chimique démontra être du suc gastrique dilué. Strübing explique ces vomissements ainsi que tous les autres symptômes par des troubles vaso-moteurs.

Digitized by Google

En résumé, l'œdème aigu est pour lui une névrose vaso-motrice. Cette maladie, comme les autres névroses, est souvent héréditaire et survient surtout chez les sujets débilités. M. DEBOVE.

XIV. — Homme de 52 ans, entré dans le service de Rendu.

Deux mois après une plaie contuse des doigts survenait un tremblement, qui alla en augmentant et finit par rendre tout travail impossible. A l'entrée du malade à l'hôpital (juillet 1885), le membre supérieur gauche est agité par un tremblement continuel, marqué surtout à la main où il a débuté pour s'étendre successivement à tout le reste du membre ; augmenté sensiblement par les émotions, ce tremblement ne semble pas modifié par les mouvements volontaires. Les doigts sont accolés l'un à l'autre, comme pour tenir une plume et animés de mouvements successifs de flexion et d'extension. Le pouce n'a que peu de mouvements, si ce n'est lorsque le malade est émotionné. La main est animée de mouvements semblables, mais moins marqués ; elle offre en même temps quelques mouvements de latéralité. Le membre supérieur gauche tremble tout entier, lorsqu'on le détache du lit. Tout tremblement d'ailleurs disparaît pendant le sommeil. Au dynamomètre, on constate une notable diminution de la force musculaire à gauche.

A droite, il n'y a pas de tremblement apparent, mais les mouvements sont peu précis et l'écriture est beaucoup moins nette qu'elle n'était autrefois : ce tremblement de l'écriture est sensiblement plus marqué l'après-midi que le matin.

Du côté des membres inférieurs, il existe une propulsion des plus nettes; le malade court après son centre de gravité, il marche le corps penché en avant et se voûte ; la station debout est très difficile à prendre et à conserver ; très rapidement le patient a la sensation des « reins brisés ».

Conservation des réflexes. Pas de troubles de la sensibilité. Pas de sensation de chaleur excessive. Pas de poussées congestives du côté de la face. Pas de tremblement de la tête ou du cou. Immobilité du masque facial avec expression permanente d'hébétude et de tristesse. Pas de troubles de la parole. Pas de troubles intellectuels. Rien de particulier à noter dans les différents viscères. GASTON DECAISNE.

XV. — Sous ce nom l'auteur décrit une affection qui dans sa plus grande bénignité n'est caractérisée que par les tics proprement dits, c'est-à-dire par les grimaces de la face ou les mouvements involontaires des membres qui sont d'une si grande fréquence et dans les cas les plus graves s'accompagnent des phénomènes connus sous le nom d'écholalie, échokinésie et coprolalie, ainsi que d'un état mental particulier qui se manifeste surtout par la présence d'idées fixes. Tous les phénomènes qui constituent par leur ensemble les cas typiques et absolument complets de la maladie des tics peuvent se rencontrer dissociés pour former des sortes de cas frustes. D'ailleurs cette affection serait toujours l'expression d'une tare le plus souvent héréditaire. Ce mémoire est le développement des idées professées par Charcot.

C. GIRAUDEAU.

XVI. — Schadewald a donné le nom de toux du trijumeau à une névrose réflexe dont le point de départ est dans les branches nasales de la cinquième paire et qui se rapproche de l'asthme nerveux. Wille admet que cette névrose est indépendante des lésions des fosses nasales (polypes, corps étrangers, etc.), auxquelles il refuse également l'importance que Hack et Sommerbrodt leur attribuent dans la pathogénie de l'asthme. Elle peut coïncider avec ces lésions, mais survit à leur dispa-

Digitized by Google

rition, et inversement ces lésions existent sans déterminer ni accès de toux ni crises asthmatiques.

La toux réflexe survient à tout âge, on l'observe même chez les jeunes enfants ; elle se manifeste jour et nuit, mais surtout quand les sujets passent dans un milieu plus froid ou plus chaud que celui où ils se trouvaient, ou quand ils s'exposent à de fortes odeurs, celles d'une cuisine par exemple. Les accès rappellent les quintes de coqueluche par leur caractère spasmodique et convulsif. La fatigue qui en résulte est extrême. On peut les provoquer en introduisant une sonde dans les fosses nasales, et dans ce cas elles cessent dès que l'excitation mécanique est supprimée.

La névrose peut coïncider avec des lésions pulmonaires qu'elle complique en épuisant les malades ; c'est alors seulement qu'on voit la toux suivie d'expectoration, au lieu d'être sèche, comme dans les cas simples.

Elle est en général rebelle. Le traitement des cas légers consiste en douches nasales et en iodure de potassium à l'intérieur. Ce médicament réussit ici comme dans l'asthme qui n'est, d'après l'auteur, qu'une autre manifestation réflexe de la même névrose trifaciale. L'iodure augmente les sécrétions du nez et rétablit l'éternuement dont la dispari ion a coïncidé en général avec l'apparition de la toux. Les variétés graves nécessitent un traitement plus compliqué : la faradisation des branches nasales de la cinquième paire au moyen d'électrodes spéciales introduites dans les narines. L. GALLIARD.

XVII. — Femme de 35 ans, chez laquelle le côté gauche du visage, dès l'âge de 12 ans, a commencé à se développer d'une façon exagérée jusqu'à l'âge de 29 ans où il a atteint le volume insolite qu'il a maintenant et qui est au moins le double de celui du côté droit. L'os zygomatique gauche, qui fait une saillie remarquable, a une longueur et une largeur doubles de celles de son congénère. Le maxillaire supérieur gauche est également grossi, mais à un degré moindre. La moitié gauche du palais a une largeur double de la moitié droite. Sur le côté gauche du nez, immédiatement au-dessous de l'orbite, se voit une tumeur osseuse grosse comme un œuf ; en dehors de cette tumeur, immédiatement au-dessous de l'arcade zygomatique, se trouve un trou de 1 centimètre 1/2 de profondeur, sur trois quarts de centimètre de large, trou ne donnant issue à aucun écoulement. La narine gauche est beaucoup plus grande. Le maxillaire inferieur gauche est un peu plus gros que l'autre. La bouche est déviée en bas et à gauche. La cavité orbitaire gauche est un peu plus vaste que la droite. Il existe un staphylôme total de la cornée avec atrophie du bulbe et raccourcissement de la paupière inférieure, de sorte que l'œil ne peut être fermé et que la conjonctive est rouge. L'os frontal est également un peu plus volumineux dans ses parties inférieures.

Pas de différence des cheveux. Pas d'autre anomalie des parties molles.

La malade a l'ouïe dure des deux côtés. Elle est prise de vertige au moindre effort.

Il n'y a d'ailleurs dans ses antécédents ni syphilis, ni traumatisme, ni suppuration, ni douleurs capables d'expliquer l'hypertrophie unilatérale. J. B.

XVIII. — Weir Mitchell se demande si l'observation suivante ne pourrait pas faire croire à l'existence de centres distincts capables de restreindre l'apport normal de la graisse.

Fillette de 12 ans. A la suite d'une bronchite grave, en 1878, l'enfant resta faible, émaciée. L'été et l'hiver suivant, l'amaigrissement augmenta, mais on remarqua que les membres inférieurs, l'abdomen, ne subissaient pas l'éma-

Digitized by Google

ciation si prononcée du tronc, de la face et des membres supérieurs. Il y eut à ce moment une véritable hyperhydrose de ces régions supérieures. L'enfant a grandi, s'est développée; l'émaciation n'a pas changé.

Quand Mitchell la voit, elle est en bonne santé, mange, dort bien, ne présente aucun signe de rachitisme. Taille 4 pieds et 1/4 de pouce. Absence de graisse dans toute la partie supérieure du corps; la face donne à l'enfant l'apparence d'une vieille femme. Les seins présentent cependant les signes de développement proportionnés à l'âge. Masses musculaires bien développées. Dans la région inférieure du corps rien de semblable; l'aspect du corps est normal. La vigueur musculaire est peut-être plus marquée que chez des enfants du même âge; les mouvements sont aisés, souples. Réflexes patellaires, abdominaux. Rien en dehors de cette absence de graisse à la partie supérieure du corps.

Légère analgésie à la partie extéro-inférieure des deux avant-bras. A. C.

Sullo spasmo clonico della lingua, par SEPPILLI (*Rivista sper. di fren. e di med. leg. Fasc. IV*, 1886).

L'auteur rapporte les faits observés par d'autres observateurs, par Berger, par Remak notamment, faits dans lesquels le spasme de la langue consistait en contractions cloniques des muscles des deux côtés de la langue. Il relate ensuite l'observation suivante:

C..., femme de 34 ans, née d'un père aliéné, atteinte elle-même deux fois de lypémanie, présenta dans cette seconde maladie un spasme de la langue assez particulier. La langue avait des secousses rythmiques, limitées exclusivement à la moitié droite, qui se portait en arrière, puis en avant, et en même temps était entrainée vers le côté droit de la bouche. Il y avait en même temps des contractions fibrillaires. Cette crampe musculaire était incessante et se répétait de 40 à 50 fois par minute avec une intensité moyenne, qui permettait le langage et la déglutition. L'auteur a pu recueillir le tracé myographique de ces contractions. Le spasme, au bout d'un certain temps, s'améliora graduellement sous l'influence des courants faradiques et du bromure de potassium.

L'auteur croit qu'on peut expliquer ces spasmes par une irritation des points moteurs corticaux ou subcorticaux de l'hypoglosse; ce serait pour lui une névrose de ce nerf. F. BALZER.

I. — A case of chorea of fifteen years standing in a man aged fifty-six (Chorée datant de 15 ans chez un homme de 56 ans), par MAC LEARN (*The Lancet*, 21 *février* 1885).

II. — Chronic chorea of forty-one years duration; nerve stretching for relief of pain (Élongation nerveuse pour une chorée datant de 41 ans), par MACDOUGALL (*The Lancet*, 25 *avril* 1885).

I. — Il s'agit d'un jardinier, habituellement bien portant, non alcoolique, non tabagique et de mœurs régulières, n'ayant jamais eu ni goutte, ni rhumatisme articulaire aigu, mais seulement du lumbago, père de deux enfants qui n'ont jamais eu ni rhumatismes, ni affections cardiaques, et dont le cadet seulement, âgé de quatorze ans, présente un peu d'agitation nerveuse et quelques mouvements involontaires des épaules et des pieds. Il y a quinze ans, cet homme devint nerveux, sa démarche irrégulière, il éprouva des soubresauts dans les mains et dans les jambes. Ces troubles augmentèrent lentement jusqu'en 1880, époque où il perdit sa femme après une courte maladie. Depuis cette époque, aggravation rapide et constante des accidents; incapacité absolue de travail.

Actuellement le malade présente, lorsqu'on l'examine dans son lit, des

Digitized by Google

mouvements irréguliers dont le caractère choréique est manifeste. Ces mouvements affectent surtout la tête et les membres supérieurs dont les muscles sont dans un état de mobilité perpétuelle : ils sont involontaires, s'exagèrent quand le malade est surveillé, cessent pendant le sommeil.

Il est incapable de se tenir debout et si on cherche à le faire marcher en le soutenant, il caracole; ses pieds touchent en général par le talon. La sensibilité est normale; les réflexes tendineux sont exagérés, les muscles n'offrent pas d'altération appréciable. Pouls, 80, régulier; rien au cœur. Respiration, 14 à 18, inégale et tumultueuse. Urine, 700 grammes environ par jour, trouble et chargée d'urates (densité 1,034), pas d'albumine, à peine une trace de sucre. Le fer et l'arsenic, puis le bromure de potassium et la teinture de ciguë, enfin le sulfate de zinc et les pulvérisations d'éther sur la colonne vertébrale, ont été essayés sans résultat. H. BARTH.

II. — Femme de 50 ans, d'une famille saine (pas de maladies nerveuses chez les parents), atteinte de chorée depuis quarante et un ans. A l'âge de 9 ans, étant forte et bien portante, elle reçut un coup sur la région lombaire, suivi de paralysie incomplète des membres inférieurs. Peu après, des mouvements spasmodiques involontaires commencèrent à se montrer dans le mollet gauche; d'abord faibles et circonscrits, ils ne tardèrent pas à devenir plus forts et plus diffus; la cuisse gauche fut envahie, puis le membre inférieur droit et ultérieurement le tronc, les bras et la tête. Cette extension s'est faite très lentement et des années se sont écoulées avant que la chorée devînt générale. Depuis deux ans, elle est hors d'état de marcher.

Au moment de l'observation, la malade est pâle, faible, émaciée ; la tête, le tronc, les extrémités sont agitées de mouvements qui ne cessent que pendant le sommeil; ces mouvements n'ont rien de rythmique et ils sont si violents que la malade ne peut rester assise sur une chaise, ni même couchée dans son lit; la seule position qui lui procure quelque soulagement est la posture agenouillée, la partie supérieure du corps étant appuyée sur un support quelconque. Les muscles de la face participent à l'agitation; les bras sont moins pris que le reste du corps et la malade peut tenir un objet pendant quelques secondes, pourvu qu'il soit volumineux.

La langue peut être tirée et maintenue immobile; vigueur musculaire diminuée; réflexes rotuliens présents, non exagérés; pas de trépidation épileptoïde du pied, sensibilité générale et spéciale intacte; fonctions du rectum et de la vessie très régulières. Depuis quelques mois, la malade accuse une douleur lancinante très pénible dans la partie antéro-interne de la cuisse droite; épine dorsale non déformée, mais sensibilité à la chaleur et à la pression au niveau de la région dorso-lombaire.

L'élongation du nerf crural a fait disparaître la névralgie et beaucoup diminué l'intensité des mouvements choréiques qui ont repris peu à peu une nouvelle énergie, mais n'égalent pas encore (au bout de trois ans) ce qu'ils étaient avant l'opération. H. BARTH.

I. — **De l'endocardite primitive chez les militaires, par FOURNIER** (*Gaz. des hôp., p.* 100, 30 *janvier* 1886).

II. — **Zur Œtiologie der acuten Endocarditis, par WEICHSELBAUM** (*Wien. mediz. Wochensch., n°* 41, 1885).

III. — **Beitrag zur Lehre von der acuten Endocarditis, par WYSSOKOWITSCH** (*Centralbl. für die med. Wissensch., n°* 33, 1885).

IV. — **Des congestions pulmonaires actives chez les cardiaques, par LEBRETON** (*Gaz. méd. de Paris,* 31 *octobre* 1885).

V. — **Ueber ältere Thrombenbildungen im Herzen Sur les anciennes concrétions fibrineuses du cœur), par W. HERTZ** (*Deustch. Arch. f. klin. Med. XXXVIII, Heft* 1-2, *p.* 74).

Digitized by Google

VI. — Rétrécissement mitral pur et intoxication saturnine, par DUROZIEZ (*Union médic.*, 15 *décembre* 1885).

VII. — Observaçao de un caso excessivamente raro de estreitamento isolado de orificio tricuspide, par Torres HOMEM (*Revista de cursos. Rio-de-Janeiro, décembre* 1884).

VIII. — Note on a new physical sign of tricuspid regurgitation (Nouveau signe diagnostic de l'insuffisance tricuspide), par W. PASTEUR (*Lancet*, 19 *septembre* 1885.)

IX. — Demonstration eines Herzens, par LANGER (*Soc. des méd. de Vienne*, 20 *novembre* 1885).

X. — Complicirtes Herzfehler (Lésion cardiaque complexe), par LÜTKEMULLER (*Ibidem*, 8 *mai* 1885).

XI. — A rare malformation of the heart (Vice de conformation rare du cœur), par G. BREWER (*Boston med. and surg. journ.*, 8 *octobre* 1885).

XII. — Hémicyanose, par RENAUT (*Lyon méd.*, *p.* 402, *juillet* 1885).

XIII. — Sur les ruptures du cœur, par Alb. ROBIN (*Gaz. méd. de Paris et Soc. méd. des hôp.*, 19 *décembre* 1885).

XIV. — Rupture du cœur; relation de la mort de Panum, par TRIER (*Revue de méd.*, 10 *janvier* 1886).

I. — L'endocardite primitive, affection très rare dans les conditions habituelles de la vie, tend à devenir fréquente chez les militaires sous l'influence de fatigues excessives ou du refroidissement, sans qu'il y ait ni pneumonie ni pleurésie, ni rhumatisme articulaire aigu. Cette endocardite procède par poussées successives qu'améliore rapidement l'application de ventouses scarifiées. MAUBRAC.

II. — L'auteur a eu l'occasion d'observer 4 jeunes filles dont 3 étaient atteintes de rhumatisme articulaire aigu et d'une hémiplégie gauche après avoir eu, quelques années avant, une hémiplégie droite. Toutes les quatre succombèrent avec des symptômes d'endocardite grave et à l'autopsie, à côté de lésions pleuro-pulmonaires variables, d'hypertrophie de la rate, on trouva 3 fois de l'endocardite ulcéreuse (dont l'hémiplégique) et une fois une endocardite végétante. Très peu de temps après la mort l'auteur cultiva sur de l'agar-agar les détritus des ulcérations et des végétations endocarditiques et obtint toutes les fois le streptococcus pyogenes et une fois à côté de cette espèce les staphylococcus aureus et albus.

Injectant ensuite ces cultures dans le sang des lapins il n'obtint de résultat que chez ceux des animaux dont il perfora préalablement les valvules aortiques suivant la méthode de Rosenbach (on sait que la simple perforation des valvules non suivie d'injection microbienne ne détermine ni inflammation valvulaire, ni dépôts de thromboses). L'endocardite ainsi obtenue était très intense macroscopiquement et microscopiquement tout à fait semblable à l'endocardite ulcéreuse humaine. Inutile d'ajouter que la culture démontra l'existence des cocci injectés tant dans les lésions de l'endocarde que dans les foyers métastatiques.

Les recherches de Weichselbaum sont parfaitement d'accord avec celles d'Orth et de Wyssokowitsch, et avec ces auteurs il conclut à la multiplicité des causes de l'endocardite ulcéreuse; mais elle ne peut

Digitized by Google

être engendrée que par certaines formes microbiennes. Or, il se trouve que ces formes se rencontrent aussi dans certains processus pyémiques, phlegmoneux, et il ne faut donc pas s'étonner de voir l'endocardite ulcéreuse compliquer ces processus.

Contrairement à Orth, Weischselbaum croit que l'endocardite végétante peut aussi être de nature mycosique. M. SCHACHMANN.

III. — Dans l'endocarde de 11 individus morts d'endocardite non maligne, W... a cherché en vain des schizomycètes; par contre il a trouvé des micrococcus dans les ulcérations valvulaires d'un individu mort d'endocardite ulcéreuse aiguë. Ces micro-organismes, identiques au staphylococcus pyogenes aureus de Rosenbach, existaient également dans des foyers métastatiques des reins et de la rate.

W... a essayé de produire chez des cobayes une endocardite au moyen de ces staphylococcus et d'autres microorganismes analogues. Dans ce but il leur inocula des cultures bactériennes, après avoir déterminé un traumatisme des valvules aortiques à l'aide d'une sonde introduite dans la carotide droite, opération qui d'habitude, chez les cobayes, ne produit qu'un dépôt fibrineux sur les valvules, sans autres altérations pathologiques. Or, chez tous les animaux intoxiqués, on retrouva les micro-organismes dans le tissu des valvules, en voie de destruction ulcéreuse, dans les artères, et dans d'autres organes. D'autre part, lorsqu'on fait la même inoculation, sans traumatisme préalable des valvules, il se produit des dépôts parasitaires dans divers tissus, mais point d'endartérite ni d'endocardite. L. D. B.

IV. — A propos des poussées congestives qui se produisent dans le cours des affections cardiaques, Lebreton cite l'observation suivante :

Il s'agit d'un homme de 48 ans, appartenant à une famille d'arthritiques, atteint à l'âge de 27 ans d'une pleurésie et consécutivement d'une dilatation aortique, dont la marche lente n'apporte aucun trouble notable. En 1879, bien qu'on note les signes classiques d'un anévrisme aortique avec insuffisance des valvules sigmoïdes, la lésion est encore parfaitement compensée. Mais tout à coup, dans le courant de l'hiver 1880, le malade est pris de violents phénomènes de congestion pulmonaire, qui ne durent que quelques jours, mais se reproduisent plusieurs fois dans le même hiver et dans les deux années qui suivent. Chaque fois on peut observer un foyer bien limité de congestion, de très courte durée, et qui cède facilement à l'application de ventouses sèches.

La même année les lésions cardiaques et aortiques progressent et aux congestions passagères s'ajoute bientôt une première attaque d'asystolie qui après deux mois disparaît.

L'année suivante une congestion pulmonaire généralisée précédait une deuxième attaque d'asystolie mortelle. OZENNE.

V. — Certaines concrétions fibrineuses formées dans l'intérieur du cœur peuvent être retenues dans la cavité qui leur a donné naissance alors que leur adhérence à la paroi se trouve rompue. Cela peut tenir à leur volume trop considérable d'une façon absolue ou bien d'une façon relative à l'existence d'un rétrécissement orificiel. Ainsi mises en liberté, ces masses fibrineuses deviennent sphériques. Elles peuvent jouer le rôle de valvule et oblitérer un orifice cardiaque.

Les phénomènes constatés sont variables suivant que l'occlusion ainsi produite est passagère ou permanente, complète ou incomplète. D'une

Digitized by Google

façon générale, on trouve des signes de rétrécissement de l'orifice atteint.

Lorsqu'il existe en même temps une lésion valvulaire, les symptômes relevés peuvent être totalement modifiés et l'existence de cette lésion orificielle antérieure peut être rendue méconnaissable. A. M.

VI. — Duroziez rapporte 11 observations recueillies chez des saturnins porteurs de rétrécissement mitral pur; et en l'absence de toute autre cause appréciable, il conclut en incriminant l'intoxication plombique. H. L.

VII. — Homme de 30 ans, portefaix, rhumatisant et alcoolique, entre à la Clinique le 22 mai 1884, avec les signes d'une affection du cœur à la période d'asystolie. Le pouls est petit, les jugulaires volumineuses sans vrai pouls récurrent, la matité précordiale augmentée; frémissement cataire; on trouve un bruit de souffle rude, court et diastolique très franchement pendant les deux premiers jours; le troisième jour le bruit devient présystolique. Le maximum du bruit s'entendait à la base de l'appendice xyphoïde, avec propagation à droite du sternum. On porte le diagnostic de rétrécissement tricuspidien sans insuffisance. Le malade succombe le 6 avril dans le coma. — A l'autopsie, on trouve un rétrécissement de l'orifice tricuspide laissant difficilement passer l'extrémité du petit doigt; le rétrécissement porte sur l'orifice et non sur la valvule. Les autres orifices sont sains. — L'auteur insiste avec raison sur l'exactitude du diagnostic, qui a pu être facilement porté pendant la vie, fait rare, d'après Potain et Rendu. F. BALZER.

VIII. — Le signe indiqué par W. Pasteur consiste en une turgescence — avec ou sans pulsation — des veines superficielles du cou, qui se produit lorsqu'on presse fortement sur la partie postérieure du foie. Cette manœuvre aurait pour effet de gêner la circulation de la veine cave inférieure, et par conséquent d'augmenter la pression dans la veine cave supérieure. On provoque ainsi un signe qui caractérise ordinairement les lésions chroniques et avancées de la tricuspide. J. B. H.

IX. — Langer a fait l'autopsie d'un sujet chez lequel on percevait pendant la vie un bruit systolique sourd et un souffle diastolique prolongé, très manifeste. Il n'existe pas de rétrécissement ni d'insuffisance mitrale, mais on trouve au-dessous de la valvule mitrale quatre cordages tendineux qui traversent le ventricule gauche dans des directions diverses.

Jusqu'ici les tendons aberrants du cœur ont toujours été considérés comme fournissant un souffle systolique : on voit qu'ils peuvent donner naissance aux souffles diastoliques. L. GALLIARD.

X. — L'auteur a constaté chez une journalière morte à 46 ans les lésions cardiaques suivantes : hypertrophie des deux ventricules, insuffisance mitrale et insuffisance tricuspide par atrophie des valvules et raccourcissement des cordages tendineux. Aorte faiblement athéromateuse. Rétrécissement du cône artériel qui admet à peine le petit doigt. Rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire, où pénètre à peine un tuyau de plume. Les valvules pulmonaires sont soudées entre elles. L'artère pulmonaire elle-même est rétrécie au-dessus de son orifice. Persistance du trou de Botal.

Ce dernier fait permet d'admettre une lésion congénitale du cœur. Comme la cloison interventriculaire est complète, on doit penser que l'endocardite fœtale n'est survenue qu'après son achèvement, c'est-à-dire après le second mois. On remarquera l'âge avancé de la maladie, qui, malgré sa profession fatigante, n'a présenté de troubles circulatoires que pendant les 3 derniers mois de sa vie. L. GALLIARD.

Digitized by Google

XI. — Il s'agit d'un enfant nègre. Il était cyanosé au moment de la naissance. La respiration s'établit difficilement et cessa au bout de 54 heures.

Autopsie. Le cœur est constitué par trois cavités, deux oreillettes et un ventricule; les oreillettes sont bien conformées, la gauche est plus volumineuse que la droite. La cloison inter-auriculaire est normale; mais le trou de Botal laisse passer l'extrémité du petit doigt. La valvule mitrale est normale; la tricuspide est remplacée par une légère dépression, au fond de laquelle existe un anneau fibreux de 3 millimètres de diamètre. Il n'y a pas d'orifice. Le ventricule droit manque. La portion ventriculaire du cœur a des dimensions normales; ses parois sont légèrement hypertrophiées. Sa cavité est spacieuse et ne présente aucun vestige de cloison. De cette cavité part un tronc artériel unique, l'aorte. Au point de jonction de la paroi antérieure de l'aorte et du ventricule, se trouve un petit vaisseau borgne de 3 millimètres de diamètre et qui se bifurque à 8 millimètres de son origine. Il représente une artère pulmonaire rudimentaire. On ne peut découvrir l'origine des artères bronchiques. — L'auteur ne donne pas d'autres détails. J.-B. H.

XII. — Renaut résume ainsi cette observation :

En 1879, attaque de rhumatisme polyarticulaire aigu, développement d'une insuffisance mitrale avec léger rétrécissement; à la même époque, apparition brusque d'une teinte cyanique sur le côté gauche du tronc et le membre inférieur correspondant. Depuis six semaines, asystolie, état grave. Actuellement, la coloration bleue, semblable à celle qui résulterait de la ligature d'un membre, est nettement limitée au côté gauche comme un zona; elle occupe la poitrine en avant et en arrière, la région lombo-abdominale, et après une interruption se continue sur le membre inférieur. Sauf quelques points plus foncés, sa teinte est uniforme; elle ne s'accompagne ni d'œdème, ni de varices; la face et le cou sont très légèrement congestionnés.

Renaut rattache cette hémicyanose à une lésion des vasomoteurs intra-médullaires.

XIII. — L'observation de trois cas de rupture du cœur a fourni à Alb. Robin l'occasion de présenter quelques considérations cliniques dont il fait ainsi ressortir les points importants. C'est d'abord le silence presque complet de la myocardite antécédente, puis la possibilité des ruptures de dehors en dedans, dans le sens opposé à la tension sanguine, par conséquent le rôle de l'effort systolique normal, suffisant, dans beaucoup de cas, pour déterminer une rupture préparée de longue main par la myocardite, dont la désintégration cardiaque de J. Renaut est l'une des terminaisons. C'est ensuite la symptomatologie de la rupture, avec ses étapes successives, caractérisées par autant d'accès angineux. Enfin, c'est la différenciation des symptômes qui sont provoqués par la rupture, et de ceux qui tiennent à l'épanchement progressif du sang dans le péricarde. OZENNE.

XIV. — L'observation de la mort de Panum vient confirmer d'une façon saisissante la description clinique de Robin sur les ruptures du cœur.

Panum, qui venait de dépasser l'âge de 64 ans, avait toujours joui d'une bonne santé. Depuis une dizaine d'années, cependant, il était emphysémateux, et un mois avant sa mort s'étaient montrés des accès d'oppression beaucoup plus fréquents. Le jour de sa mort, il avait fait à pied une assez longue course, pendant laquelle il avait été obligé de s'arrêter à diverses reprises. Rentré chez lui, il fut pris de vomissements, de douleurs précordiales très vives, constriction intra thoracique, angoisses, irradiations douloureuses dans le bras gauche, irrégularité, inégalité des battements cardiaques, qui étaient en outre

Digitized by Google

tumultueux; en somme accès d'angine de poitrine; à ce moment on constata au cœur un souffle rude systolique à la pointe. Cet accès finit par se calmer, mais le lendemain matin Panum poussa un cri sourd, et quand on arriva auprès de lui il était cyanosé, sa respiration était haletante, son pouls filiforme, quelques minutes après il était mort. A l'autopsie on trouva, indépendamment de l'emphysème pulmonaire, le péricarde rempli de sang. Le cœur était surchargé de graisse, à la partie antérieure du ventricule gauche il existait deux déchirures parallèles au septum l'une mesurant un centimètre et demi, l'autre un demi-centimètre reliées entre elles par une déchirure transversale de quelques millimètres d'étendue. La paroi ventriculaire à ce niveau était amincie, et friable. Il existait en outre une oblitération complète de l'une des grosses branches de la coronaire antérieure voisine du siège de la rupture. Les fibres cardiaques étaient atrophiées et dégénérées.

Il est probable que la rupture s'était effectuée en plusieurs temps ayant débuté par la face profonde de la paroi pour gagner de proche en proche la superficie de l'organe. C. GIRAUDEAU.

I. — **Ueber Herzschwäche (Neurasthénie cardiaque), par SEELIGMÜLLER** (*Berl. kl. Woch., p.* 661, *octobre* 1884).

II. — **Ueber Herzbigeminie (Battements cardiaques bigéminés), par Hermann EICHHORST** (*Corr. Blatt für schweiz. Aerzte, p.* 369, *août* 1884).

III. — **Des déviations du rythme cardiaque associées à l'épilepsie et à la syncope, par R. TRIPIER** (*Revue de médecine, décembre* 1883, *janvier, mars, décembre* 1884, *janvier* 1885).

IV. — **Des cardiopathies consécutives aux lésions de l'encéphale, par CARRIEU** (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier, octobre* 1885).

I. — Sous le nom de neurasthénie cardiaque, Seeligmüller décrit une affection qui se caractérise par l'ensemble des symptômes suivants :

Après une période de palpitations et de douleurs précordiales, on voit se produire un état de faiblesse générale qui se traduit par l'impossibilité de tout effort, des insomnies, un manque de mémoire, un esprit distrait et une humeur chagrine. Peu à peu, malgré un appétit normal ou même exagéré, la nutrition souffre : les membres deviennent froids et les malades ont assez souvent la sensation de doigts morts.

L'exploration du cœur n'indique que l'affaiblissement du choc de la pointe et des bruits ; le pouls est petit.

Dans les cas moins intenses, les malades peuvent, en suivant un régime, remplir par intervalles leur profession.

Toutes les émotions, les douleurs, les boissons alcooliques agissent fâcheusement sur leur état qui est au contraire amélioré par le repos, les bains chauds, une alimentation réconfortante sans être excitante, le séjour à la mer et sur les montagnes, la quinine à petites doses.

Seeligmüller croit qu'il s'agit de troubles de l'innervation cardiaque. En effet, au point de vue étiologique, en dehors de la fièvre typhoïde et de la diphtérie, les causes morales, les excès sexuels et intellectuels jouent un rôle important.

Dans la discussion *Wagner* dit avoir observé un symptôme clinique semblable chez des femmes qui avaient eu des accouchements répétés ou avaient une affection utérine. Ici, les accidents pouvaient s'expliquer par de la congestion abdominale, car ils étaient atténués par l'usage d'une ceinture. J. B.

Digitized by Google

II. — Homme de 33 ans atteint d'une double lésion mitrale avec hypertrophie du cœur.

A l'inspection comme à la palpation de la région précordiale, on reconnaît que deux chocs de la pointe, dont le premier est plus énergique, se suivent assez rapidement et sont séparés du couple suivant par une pause ; le cardiographe reproduit les mêmes particularités.

A l'auscultation, on note qu'à la première contraction (forte) correspondent un souffle systolique prolongé aigu et un souffle présystolique plus bref, tandis que la seconde contraction s'accompagne d'un souffle doux et peu prolongé. Le cardiogramme semblait montrer que le muscle cardiaque recommençait à se contracter avant que la diastole précédente ne fût complètement terminée; mais cette seconde contraction étant moins énergique était suivie d'une diastole complète : après quoi le cœur avait besoin d'un certain repos avant de recommencer le même jeu.

Cependant un matin Eichhorst fut surpris de ne compter que 36 pulsations radiales tandis que le malade en avait ordinairement de 76 à 88 par minute. Auscultant alors le cœur, il reconnut que le nombre de ses battements était exactement double dans le même laps de temps, mais que la première contraction de chaque couple déterminait seule une onde radiale sensible. Comme toutefois l'intervalle entre chaque contraction énergique était toujours le même, le pouls paraissait régulier et seulement d'une lenteur anormale. Mais à d'autres instants, la seconde contraction cardiaque se traduisait aussi au pouls qui devenait bigéminé inégal.

Eichhorst fait remarquer que chez son malade une exploration superficielle du cœur et du pouls eût fait croire facilement à tort à une hémisystolie. J. B.

III. — Dans ce mémoire, l'auteur publie diverses observations. Les unes sous le titre de pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes ou même parfois sous celui de ralentissement du pouls associé à l'épilepsie, sont des cas dans lesquels il existe en même temps une déviation du rythme cardiaque consistant, soit dans un rythme couplé avec ou sans bigémination du pouls, soit dans une arythmie irrégulière, soit enfin dans la succession ou l'alternance de ces deux espèces de troubles.

Les autres publiées sous les titres de rythme couplé du cœur, de pouls géminé ou bigéminé, et même parfois de dédoublement des bruits du cœur sont des cas dans lesquels le trouble cardiaque est associé à l'épilepsie ou se produit sous l'influence de la digitale.

Il semble donc pour R. Tripier qu'il n'y ait pas de pouls lent avec épilepsie sans déviation du rythme cardiaque, de même qu'il n'y a pas de déviation du rythme cardiaque avec ralentissement du pouls sans épilepsie ou sans action de la digitale.

Dans les pages suivantes l'auteur étudie les relations qui existent entre ces modifications des bruits du cœur et le ralentissement du pouls ainsi que le mécanisme qui relie ces modifications entre elles.

Tous les malades chez lesquels ces troubles s'observent sont plus ou moins cachectiques, rarement à l'état aigu, ordinairement à l'état chronique.

La marche de la maladie est fatalement progressive, parfois assez lente avec des améliorations temporaires qui ont pu faire croire à des guérisons, mais parfois aussi plus ou moins rapide. La terminaison par la mort subite n'est pas rare. Le pronostic est donc très grave, d'autant qu'il n'existe aucun cas de guérison authentique.

Digitized by Google

Les autopsies ont montré qu'on pouvait rencontrer des lésions diverses et n'ayant rien de constant. C. GIRAUDEAU.

IV. — Après avoir rappelé que l'on connaît les cardiopathies consécutives aux altérations de divers organes (rein, foie, estomac, moelle), Carrieu s'est demandé si à l'état pathologique le cerveau ne pourrait pas influencer le rythme cardiaque comme les recherches physiologiques semblent le faire supposer. Il a recueilli trois observations qui le portent à admettre que le fonctionnement du cœur peut être modifié par des lésions cérébrales. Il n'y a pas simple coïncidence, les troubles du cœur sont bien sous la dépendance de l'altération du cerveau.

Ces troubles consistent surtout dans des palpitations de l'arythmie et des souffles fonctionnels.

Le siège et la nature de la lésion cérébrale peuvent être variables; pour que les désordres cardiaques se produisent il faut que l'excitation partie de l'écorce ou des ganglions cérébraux soit transmise aux centres bulbaires du pneumogastrique. Il peut y avoir, en effet, en même temps divers troubles fonctionnels dépendant de différentes branches du pneumogastrique ou d'autres nerfs bulbaires (dyspnée, dysphagie, glycosurie). A. MOSSÉ.

I. — A case of acute rheumatic pericarditis, in which a new bacillus was found (Péricardite rhumatismale, découverte d'un nouveau bacille), par Albert WILSON (*Edinb. med. j., p.* 1105, *juin* 1885).

II. — Another case of rheumatic pericarditis (Nouveau cas de péricardite dans lequel on a trouvé un bacille), par Albert WILSON (*Ibidem, p.* 924, 1886).

III. — On a case of tapping of the pericardium (Ponction du péricarde), par GRAINGER STEWART (*Edinb. med. journ., p.* 116, *août* 1885).

IV. — On the symptom of abdominal pain in slow intra-pericardial hœmorrhage, par RAISMITH (*The Lancet*, 11 *juillet* 1885).

I. — Jeune fille de 17 ans, atteinte depuis 5 ans d'une affection organique du cœur bien tolérée. En décembre 1884, elle prend froid, et a un frisson: le 10 décembre, développement d'un rhumatisme aigu classique. Deux jours plus tard, dyspnée, douleur précordiale, frottement péricardique; présence d'un certain degré de pleurésie gauche. (Salicylate de soude.)

La 15 décembre, accroissement de la dyspnée et de la faiblesse. Les signes d'épanchement pleuro-péricardique vont croissant jusqu'au commencement de janvier : le 3, mort subite.

A l'autopsie, on trouve un épanchement d'un litre dans la plèvre gauche, et une symphyse cardiaque totale. Le ventricule gauche est vide, le droit dilaté et rempli de caillots.

L'examen microscopique du poumon et du cœur montre les particularités suivantes.

On trouve dans le poumon de nombreux microcoques isolés et par paires, et des bacilles courts, nucléolés, faciles à colorer par la méthylfuchsine. Dans le péricarde se voient de très petites chaînettes de bacilles non nucléolés, plus petits que ceux du poumon; tous deux cultivables. Mais l'auteur affirme que ces bacilles étaient l'origine de la pneumonie et de la péricardite, tout en différant morphologiquement : il est difficile d'admettre cette hypothèse, qui ne repose sur aucune inoculation expérimentale. H. R.

II. — Il s'agit d'une enfant de 12 ans, atteinte de péricardite pendant une

Digitized by Google

attaque de rhumatisme qui ne paraît pas avoir été du rhumatisme articulaire aigu. « Il y avait des nodules autour des genoux. »

A l'autopsie faite seulement le 3e jour après la mort, on trouva dans la sérosité du péricarde, des bacilles, en assez grande quantité. Il y avait une péricardite fibrineuse avec 6 à 8 onces de liquide seulement.

Les bacilles étaient courts, dépourvus de spores, semblables à ceux qu'a déjà signalés l'auteur. Ils étaient mobiles. Il n'y avait pas de micrococci.

A. MATHIEU.

III. — Garçon de 17 ans, souffrant depuis plusieurs mois d'une pneumonie chronique, et depuis une quinzaine de jours d'accès de suffocation formidables. A son entrée à l'hôpital, on constate de la matité à la base de la poitrine, de l'obscurité du son, du souffle voilé ; une ponction exploratrice est pratiquée, sans résultat : il n'y a pas d'épanchement pleurétique. Le lendemain, on constate que le pouls est mou, faible, et qu'il présente les caractères du pouls paradoxal de Kussmaul. La matité précordiale est augmentée, mais sans être excessive.

L'auteur introduit une aiguille de l'appareil aspirateur au point le plus mat, dans le cinquième espace intercostal, et tire deux onces de sérosité sanguinolente. Soulagement immédiat du malade et disparition du pouls paradoxal ; mais reproduction très rapide du liquide obligeant à une seconde ponction le surlendemain. A partir de ce moment, amélioration persistante, disparition de l'épanchement, et apparition du frottement ; guérison complète deux mois après. H. R.

IV. — L'auteur appelle l'attention sur un symptôme non encore observé des hémorragies intra-péricardiques (par rupture du cœur, etc.), ce symptôme serait une *vive douleur dans l'abdomen,* avec sensation de plénitude et de tension hypogastrique. Dans trois observations d'épanchement sanguin dans le péricarde, observées par l'auteur, ce symptôme était si proéminent, qu'il masquait tous les autres et fit errer le diagnostic. Dans les trois cas, l'autopsie fit voir, avec la véritable cause des accidents, la parfaite intégrité de l'abdomen et de son contenu.

Raismith attribue la douleur abdominale dans l'hémorragie du péricarde à une irritation centripète des filets cardiaques du pneumogastrique, irradiée dans l'axe bulbo-médullaire jusqu'aux origines des rameaux sensitifs des nerfs abdominaux et notamment du grand splanchnique. Si le même phénomène n'existe pas dans les autres espèces d'épanchement péricardique, c'est tout simplement parce que la distension du sac fibreux est alors moins rapide et ne saurait comprimer ou tirailler au même degré les filets nerveux. H. BARTH.

I. — **Aortite généralisée : anévrisme latent de l'aorte thoracique descendante, par RONDOT** (*Journ. de méd. de Bordeaux,* 6 *décembre* 1885).

II. — **Dissecting aneurysm of the thoracic aorta (Anévrisme disséquant de l'aorte thoracique et abdominale), par J. MAGEE FINNY** (*The Dublin journ. of med. sc., p.* 276, *octobre* 1885).

III. — **Aneurism of abdominal aorta : gangrene of the jejunum (Anévrisme de l'aorte abdominale, gangrène du jéjunum), par John LUNN et F. BENHAM** (*Medico-chir. Trans. LXVIII, p.* 191).

IV. — **Aneurism of the abdom. aorta, gangrene of the right lower extremity (Anévrisme de l'aorte abdominale, gangrène du membre inférieur droit), par H. MORRIS** (*Ibidem, p.* 199, 1885).

Digitized by Google

V. — Case of obstruction of the superior vena cava, par Seymour TAYLOR (*Brit. med. j., p.* 914, *novembre* 1885).

VI. — Sur le bourdonnement veineux, par de RENZI et MAROTTA (*Rivista clin. e terap., juin* 1885).

I. — Homme de 56 ans, atteint d'une insuffisance aortique, sans double souffle crural; quelques jours avant la mort, on note un souffle extra-cardiaque et un souffle bronchique aux deux temps respiratoires. L'autopsie confirme l'existence de l'insuffisance aortique, et fait découvrir un anévrisme aortique, dont la situation, à la partie postérieure du poumon gauche, explique l'absence de toute compression : quant au souffle extra-cardiaque, la congestion apoplectiforme du poumon fait supposer qu'il s'agissait d'un souffle pulmonaire par refoulement artériel. OZENNE.

II. — Tailleur de 43 ans, entré le 28 septembre 1883 à l'hôpital avec les symptômes d'un anévrisme de l'aorte abdominale, survenu sans cause (douleurs abdominales et dorsales, irradiant en haut et en bas, palpitations, sensation de défaillance, apparence anémique). Une volumineuse tumeur se sentait au-dessus de la bifurcation de l'aorte abdominale; elle était pulsatile, médiane, non déplaçable et donnait un souffle au stéthoscope.

Le malade fut soumis au traitement de Valsalva pendant deux mois, dans l'immobilité absolue, à une demi-diète, et prit 40 centigrammes d'iodure de potassium par jour.

Au bout de ce temps, la tumeur avait diminué de volume, elle était plus dure et on n'entendait plus de souffle. Malgré cette amélioration apparente, la santé générale n'était pas bonne. Deux fois survinrent des poussées de péricardite.

Enfin, au moment où le malade commençait à pouvoir reprendre ses occupations, il fut frappé d'une attaque d'apoplexie et mourut au bout de deux mois avec de l'hémiplégie et de l'aphasie, le 10 février 1885. Il est à remarquer que l'anévrisme paraissait guéri depuis le mois de mars 1884, et que depuis lors, pendant onze mois, il n'en avait nullement souffert.

L'autopsie montra une symphyse cardiaque, conséquence de la péricardite, une dilatation avec hypertrophie limitée au ventricule gauche, et une néphrite interstitielle. Mais les lésions de l'aorte étaient surprenantes, vu le peu de symptômes constatés chez le malade. L'aorte était athéromateuse depuis son origine jusqu'à sa terminaison. A un pouce et demi au-dessus du diaphragme était une ouverture qui faisait communiquer l'intérieur du vaisseau avec une série de poches anévrismales constituées en partie par les tuniques propres de l'aorte, en partie par l'atmosphère celluleuse environnante condensée. On voyait quatre de ces poches successivement superposées; la plus volumineuse située au-dessus de la bifurcation des iliaques, la moins volumineuse au niveau des artères rénales. Ces sacs anévrismaux étaient pleins de caillots stratifiés d'âge différent, les uns fibrineux, les autres cruoriques.

L'auteur passe en revue à ce propos la littérature anglaise et les faits publiés d'anévrismes de l'aorte disséquants, depuis les mémoires classiques de Shekleton et de Peacock. — Ce sont les cas de : Swain (*Path. trans. Lond. VII,* 1856); Symes (*Path. soc. Dublin,* 1864); Gordon (*Ibid.*), et Knott (*Medic. Press. II,* 1882). H. R.

III. — Le cas de Lunn et Benham peut se résumer ainsi :

Cordonnier, âgé de 32 ans, atteint autrefois de la syphilis. Début brusque par une douleur violente dans le dos et l'épigastre; bientôt, apparition de battements violents au niveau des 8e et 9e espaces intercostaux, et d'une tumeur expansive s'étendant de l'épigastre à l'ombilic.

Le mal faisant de rapides progrès, on se décide à intervenir. Après chloroformisation, on emploie la compression au-dessus de la poche anévrismale

Digitized by Google

au moyen d'un tourniquet de Carte, pendant quatre heures trois quarts, puis on entretient de la glace sur le ventre. Diminution progressive des battements et de la tumeur pendant huit jours : le malade se croit guéri, quand il est pris brusquement de vomissements et meurt en trois jours, dans le collapsus.

L'autopsie révèle une gangrène d'une portion du jéjunum, cause de la mort. L'anévrisme siégeait immédiatement au-dessous du tronc cœliaque et la poche était remplie de caillots.

La tumeur était en rapport intime avec le pancréas et le duodénum ainsi qu'avec la veine rénale gauche. L'artère mésentérique supérieure était complètement oblitérée.

L'auteur discute les cas analogues dans lesquels la compression du sac a été pratiquée en Angleterre Moxon (*Med. chir. Trans.* 1872); Bryant (*Ibid.* 1872); Greenhow (*Ibid.* 1873); il se demande quelle a été la cause de la mort; si elle est due à la compression du plexus solaire, et de l'intestin, et si la gangrène du jéjunum est la conséquence de la compression directe ou de l'obstruction de la mésentérique. Il arrive à cette dernière conclusion que la formation trop rapide d'un caillot, qui devait guérir l'anévrisme, est devenue la cause de la mort en ne permettant pas assez vite le rétablissement de la circulation collatérale. H. R.

IV. — Dans le cas de Morris, il s'agit encore d'un homme jeune (38 ans), autrefois syphilitique, qui arrive à l'hôpital avec les signes d'une gangrène commençante du membre inférieur droit, sans que l'on constate aucune tumeur abdominale ni aucune cause de compression de la veine cave.

L'amputation de la jambe est pratiquée et le malade meurt huit jours après. L'autopsie révèle un anévrisme de l'aorte immédiatement au-dessous des piliers du diaphragme avec érosion des vertèbres correspondantes : au-dessous, oblitération complète de l'aorte par un caillot fibrineux. La veine cave et les iliaques étaient également oblitérées par des coagulations sanguines.

H. R.

V. — Jeune homme de 22 ans, atteint autrefois de rhumatismes articulaires. Début de l'affection par des douleurs vagues dans la poitrine et les membres, puis hémoptysie. Au moment de son admission, on est frappé par le développement du système veineux du front, du thorax et des membres supérieurs qui se dessine sous forme de varices serpentines. Cet engorgement vasculaire cesse brusquement à la hauteur du mamelon et la peau se présente à partir de cette limite avec son apparence normale. Sauf une douleur présternale assez tenace, il existe peu de troubles fonctionnels, point de dyspnée ni de palpitations, aucun bruit de souffle : le seul signe d'auscultation est un dédoublement du 2e bruit aortique.

Un mois après son entrée (novembre 1883) l'auscultation fait entendre un bruit systolique rude et le dédoublement du 2e bruit persiste. De temps en temps surviennent des crises congestives pulmonaires avec hémoptysies. La santé se maintient bonne.

L'auteur admet une obstruction de la veine cave supérieure et discute les probabilités d'un anévrisme de la crosse de l'aorte. H. R.

VI.— Le bourdonnement veineux appelé aussi bruit de toupie, chant des artères, bruit de diable, est un signe très commun. On l'a longtemps attribué à la chlorose et à l'anémie, mais il n'a aucune valeur séméiologique. On le trouve indifféremment chez les individus sains et robustes, comme chez ceux de constitution faible et anémique. Il n'existe aucun rapport direct entre la pauvreté du sang et le développement du bruit veineux. On a entendu ce dernier chez des sujets qui avaient une quantité d'hématies et d'hémoglobine supérieure ou égale à la proportion physiologique.

Digitized by Google

Dans les cas d'anémie et de chlorose présentant le bruit veineux, celui-ci s'est montré indépendant de l'état du sang. En effet, avec un traitement approprié, l'anémie a souvent diminué ou disparu sans que pour cela le bruit veineux se fût modifié en proportion.

La chlorose et l'anémie facilitent la production du bruit veineux par le relâchement des tissus; mais on ne peut pas le considérer comme un effet direct de la pauvreté du sang, puisqu'on le retrouve chez les individus forts et pléthoriques. A. C.

I. — Causes of hepatic abcess (Étiologie des abcès du foie), par MOORE (*Lancet*, 31 *octobre* 1885).

II. — Dysenterie ancienne, abcès multiples du foie, collection purulente sous-hépatique, par MUSELIER (*Gaz. méd. de Paris*, 29 *novembre* 1885).

III. — Dysenterie, abcès du foie, péricardite terminale, par FERRON (*Gaz. hebd. des sc. médicales de Bordeaux, janvier* 1886).

IV. — Pylephlebitis suppurativa, par SONNENFELD (*Wien. med. Presse*, n° 40, 1885).

V. — Ueber Lebercirrhose (Nature de la cirrhose du foie), par ACKERMANN (*Berlin. klin. Woch.*, n° 50, *p.* 806, *décembre* 1884).

VI. — Deux cas de cirrhose chez des enfants associée à de la tuberculose, par G. PITT (*Medic. Times, décembre* 1885).

VII. — Zur Œtiologie der Pfortaderthrombose (Etiologie de la thrombose de la veine porte), par M. NONNE (*Deutsches Arch. f. klin. Med. XXXVII, p.* 241, 1885).

VIII. — De la cirrhose hépatique d'origine cardiaque, par de BEURMANN et SABOURIN (*Revue de médec., p.* 28, *janvier* 1886).

IX. — Perihepatitis chronica hyperplastica, par CURSCHMANN (*Deutsch. med. Woch.*, n° 35, 1884).

X. — Zur Behandlung des Ascites bei Lebercirrhose (Traitement de l'ascite dans la cirrhose), par JAKOBY (*Berl. klin. Woch.*, n° 10, 1886).

XI. — Sull'adenoma del fegato (De l'adénome du foie), par Alb. ROVIGHI (*Arch. per le scienze mediche, VII*, n° 8).

XII. — Adénome et cancer hépatiques, par BRISSAUD (*Arch. gén. de méd. p.* 129, *août* 1885).

XIII. — Adenoma racemoso del fegato, con ittero letale (Adénome rameux du foie, ictère mortel), par A. ROVIGHI (*Arch. per le scienze mediche, VIII*, n° 6).

XIV. — Di un soffio arterioso epatico (Souffle artériel hépatique dû à un cancer des voies biliaires), par Alb. ROVIGHI (*In-8° de* 30 *p., Bologne*, 1886).

XV. — Contribution à l'étude du cancer primitif du foie; cancer massif du foie, par GILBERT (*Thèse de Paris*, 1886).

XVI. — Contribution à l'étude de l'acholie, par V. HANOT (*Arch. gén. de médec. janvier* 1886).

XVII. — Ueber die Enstehung der Gelbsucht Neugeborenen (Pathogénie de l'ictère des nouveau-nés), par QUINCKE (*Arch. f. experim. Path. u. Pharmak., XIX, Heft* 1 *et* 2, *p.* 34, 1885).

Digitized by Google

XVIII. — Beiträge zur Pathologie des Leber und des Icterus (Contribution à la pathologie du foie et de l'ictère), par Hans STERN (*Ibidem p.* 39, 1885).

XIX. — Beiträge zur Lehre der Icterus (Contribution à l'étude de l'ictère), par MACKAY (*Ibidem, Heft* 4 *et* 5, *p.* 269, 1885).

XX. — Hemeralopie bei Icterus, par KŒNIGSTEIN (*Wien. med. Presse, n°* 27, 1885).

XXI. — Eine Icterusepidemie, par JEHN (*Deutsche med. Woch., n°* 20, 1885).

XXII. — Eine Icterusepidemie, par LUERMAN (*Berlin. klin. Woch., p.* 20, *janvier* 1885).

XXIII. — Ueber den primären Gallenblasenkrebs (Cancer primitif de la vésicule biliaire), par STILLER (*Soc. des méd. de Budapest*, 13 *février* 1886).

XXIV. — Studien ueber Steinbildung (Etude sur la formation des calculs), par POSNER (*Zeitsch. für klin. Medic., IX, p.* 323, 1885).

XXV. — Contribution à l'étude des abcès de la rate, par P. GRAND-MOURSEL (*Thèse de Paris*, 1885).

XXVI. — Étude clinique sur le cancer primitif de la rate; observation de cancer splénique chez un enfant de 7 ans, par NOTTA (*Arch. gén. de méd., février* 1886).

I. — Moore n'admet pas que les excès de table et de boisson soient la cause principale des inflammations et des abcès du foie. Il croit plutôt que ces affections résultent des changements brusques de la température. Elles ne sont guère moins rares chez les Hindous que chez les Européens. La statistique des trois dernières années le prouve. A l'hôpital Jamsetji, sur 18,759 malades, 0.66 0/0 furent atteints d'abcès du foie. A l'hôpital Goculdas, sur 7,397 malades, 0.54 0/0 furent soignés pour la même maladie. Enfin, à l'Hôpital-Général des Européens, sur 4,235 malades, 0.66 0/0 furent atteints d'acès du foie. Il y a même des années où la proportion des indigènes est beaucoup plus forte. J.-B. H.

II. — Homme de 34 ans, revenant de la Guadeloupe où il a été atteint de dysenterie. Diarrhée pendant une quinzaine de jours avant son entrée à l'hôpital, puis à ce moment apparition d'un frisson et d'une vive douleur dans l'hypochondre droit, profonde, fixe, exaspérée par la pression, qui fait reconnaître de l'empâtement : Les jours suivants, dilatation du côté droit du thorax et œdème localisé à la partie postéro-externe de l'hypochondre. Quelques autres signes font penser à une pleurésie purulente, qu'une ponction avec la seringue de Pravaz ne confirme pas. Dans la suite, apparition des signes d'une collection purulente intra-abdominale siégeant à la partie latérale et inférieure de l'hypochondre droit. Une ponction donne issue à du pus rougeâtre et mélangé de grumeaux et le lendemain l'incision de l'abcès amène une évacuation de deux litres de pus; mort quelques jours après.

L'autopsie permet de constater une vaste cavité purulente, qui remonte à droite de l'extrémité droite du foie jusqu'au diaphragme, descend en avant du rein, en dehors et un peu en arrière du colon ascendant et du cœcum jusqu'à la partie supérieure de la fossè iliaque. En bas, elle communique avec le gros intestin par un orifice, permettant d'introduire le pouce, et présentant des bords déchiquetés, irréguliers, noirâtres et situés à quelques centimètres au-dessus et vis-à-vis de la valvule iléo-cœcale; en haut, cette cavité est limitée par le diaphragme et l'extrémité droite du foie.

Cet abcès péritonéal communique largement avec un autre abcès du foie en voie de ramollissement.

Digitized by Google

Le gros intestin est le siège de lésions d'une dyssenterie ancienne.

OZENNE.

III. — Homme de 24 ans, retour d'Afrique : anémie palustre : selles diarrhéiques : violentes douleurs : accès de suffocation : mort rapide; à l'autopsie, on constate une péricardite avec épanchement considérable et augmentation du volume du cœur : 3 abcès dans le lobe droit du foie, situés : l'un dans le bord supérieur, à parois irrégulières, soumises à un travail d'ulcération, contenant 250 grammes de pus lie de vin, prêt à s'écouler dans le péricarde; le deuxième en voie d'épanchement dans la cavité péritonéale, occupant la partie droite du lobe distendu par plus d'un litre de pus gris verdâtre et dont les parois marchent vers une organisation kystique; le troisième enfin, de petit volume, sur la face convexe de l'organe : lésions de la dysenterie chronique. OZENNE.

IV. — Un maçon de 28 ans entre, le 8 juillet 1885, à l'hôpital. Il se plaint d'avoir éprouvé brusquement dans la nuit du 4 au 5 juillet de violentes douleurs au côté droit de l'abdomen : céphalée, inappétence, diarrhée, un vomissement bilieux. Le ventre est modérément tendu. Pas d'œdème ni d'ascite. Matité dans la fosse iliaque droite. T. 38°,6; P. 90.

Le 10, frisson, chaleur et sueur.

Le 12, léger ictère, gonflement de la rate, foie normal.

Le 13, l'ictère augmente T. 38°, état général mauvais. Nouvel accès de fièvre. On pose le diagnostic : pyléphlébite suppurative causée par une ulcération cœcale.

A partir de ce moment les phénomènes fébriles s'aggravent; le foie devient sensible et volumineux, de sorte qu'on songe à un abcès hépatique. Mort le 18 juillet.

Autopsie. — A la face antérieure du foie, on trouve une tumeur saillante, fluctuante, grosse comme une noix. Elle est constituée par un groupe de petits abcès. D'autres groupes analogues existent dans le parenchyme hépatique, sur divers points. Le tronc de la veine porte contient du liquide gris sale. Les ramifications veineuses mésentériques émanant du cœcum et de la dernière portion de l'iléon sont également pleines de pus. Infiltration purulente du mésentère. L'appendice vermiforme est ulcéré et gangréné : c'est là le point de départ des accidents. Il n'y a rien dans les autres parties de l'intestin.

La rate est grosse : on y trouve des abcès miliaires et un foyer purulent grisâtre en forme de pyramide. L. GALLIARD.

V. — Dans la cirrhose hépatique, la lésion primitive est la mortification des cellules hépatiques qui paraît constamment s'accompagner d'un dépôt de graisse à leur intérieur. Cette mortification survient sous l'influence de substances toxiques : alcool, phosphore et parfois aussi, semble-t-il, de micro-organismes.

A la mortification, se joint la fonte des cellules et leur résorption. C'est seulement à la suite de ces processus qu'apparaît, d'abord aux dépens du tissu interlobulaire, la néoformation conjonctive. Il n'y a ici aucune trace d'hyperémie, d'exsudation ou d'issue des globules blancs du sang. Dès l'origine, on observe en revanche une néoformation considérable de capillaires artériels qui deviennent le point de départ du tissu conjonctif de nouvelle formation. Ces néocapillaires ont une grande importance : non seulement ils prouvent la nutrition du foie, mais ils rendent possible l'élaboration de la bile à une époque où le sang de la veine porte est déjà partiellement ou totalement empêché d'arriver jusqu'aux cellules hépatiques à cause du développement du tissu conjonctif interstitiel.

Il y a aussi une abondante néoformation de canalicules biliaires qui

Digitized by Google

établissent la communication entre la portion conservée de l'acinus hépatique et les anciens conduits biliaires normaux : c'est grâce à eux que le plus souvent l'ictère manque dans la cirrhose. Même dans les foies dont l'atrophie a atteint le degré le plus extrême, ces canalicules biliaires et capillaires artériels de nouvelle formation subsistent sans avoir diminué de nombre, fait qui semble contraire à l'opinion que l'atrophie du foie est la conséquence de la rétraction du tissu conjonctif néoformé, car, s'il en était ainsi, les vaisseaux sanguins et les courants biliaires eussent dû être détruits.

Lorsque la néoformation de tissu conjonctif est plus considérable que la destruction des cellules hépatiques, le volume total du foie augmente et on a alors la cirrhose hypertrophique.

Mais il y a une affection extrêmement rare, dans laquelle l'hypertrophie de l'organe est due à une hyperplasie diffuse des tissus interacineux et intra-acineux. Cette affection, identique probablement à ce qu'on a décrit sous le nom de cirrhose glabre, n'est pas une cirrhose ordinaire, car les hyperplasies du tissu conjonctif, au lieu de dériver des vaisseaux néoformés, proviennent uniquement des vaisseaux préexistants normaux du foie.

Dans la discussion, *Rindfleisch* soutient que dans la cirrhose (à l'exception de la cirrhose phosphorée) l'altération primordiale est l'hyperplasie inflammatoire du tissu conjonctif, tandis que l'atrophie des cellules est seulement secondaire. Cette atrophie ne se distingue pas des autres formes d'atrophie pigmentaire simple et la disposition des cellules dans les diverses portions du tissu hépatique comprimé indique l'action d'une cause périphérique : en effet, au centre sont les cellules peu altérées ou même tout à fait normales, tandis que les cellules atrophiées occupent la périphérie.

Struempell est d'avis que l'opinion qui regarde comme lésion primitive la mortification des cellules hépatiques se trouve appuyée par la comparaison avec les altérations correspondantes du rein : les stades les plus précoces du travail d'inflammative dégénération se passent toujours dans le parenchyme rénal et non dans le tissu interstitiel.

Aufrecht remarque que c'est la manière de voir qu'il défend depuis des années. Si, étiologiquement les cirrhoses hypertrophique et atrophique sont identiques, elles diffèrent histologiquement, en ce que le tissu conjonctif dans la cirrhose atrophique ne se trouve altéré qu'à la périphérie de l'acinus, tandis que dans la cirrhose hypertrophique il l'est aussi à l'intérieur de l'acinus.

Kaessner croit aussi à une altération première des cellules hépatiques.

J. B.

VI. — G. Pitt rapporte deux observations pour montrer les relations qui existent entre les lésions tuberculeuses — surtout celles du péritoine — et la cirrhose du foie. Selon lui, la tuberculose peut être considérée comme une cause réelle de cirrhose. La lésion hépatique consiste en un développement de tissu fibreux autour du réseau porte. Le plus souvent on ne trouve pas de tubercules dans le foie. J.-B. H.

VII. — 1° Une femme, fortement amaigrie, peu développée, se présente dans le service du professeur Erb. — En 1880, elle a eu de l'ictère qui a duré 3 mois. Depuis, assez souvent des saignements de nez. En mars 1883, nouvelle poussée d'ictère, moins accentué que la première fois; œdème des

Digitized by Google

pieds et des jambes. L'ictère persiste jusqu'en mai. A ce moment il commence à survenir de l'ascite. En novembre 1883, une première ponction évacue 15 litres de sérosité; dès le lendemain l'épanchement abdominal s'est reproduit à peu près au même degré. Dyspnée très marquée; cyanose. D'autres ponctions abdominales sont pratiquées, la cachexie survient. Diarrhée. Épanchement dans la plèvre droite. Le 6 décembre, douleurs très vives dans l'abdomen; on fait une 5e ponction et on extrait 17 litres de sérosité rougeâtre. La matité du foie est très restreinte : 5 à 6 centimètres. — Mort le 19 décembre.

L'autopsie révèle les lésions suivantes : thrombose de la veine porte et de ses rameaux; petitesse anormale du foie, augmentation du volume de la rate; ascite, péritonite séro-fibrineuse; développement très peu marqué des organes génitaux et du cœur; étroitesse anormale des vaisseaux artériels avec dilatation marquée des veines. Larynx très peu développé.

L'auteur pense qu'il avait affaire à la forme marastique de la thrombose. Il y aurait eu atrophie légère du foie consécutive, avec début de prolifération au voisinage et sur le trajet des rameaux de la veine porte. Il faut dire que le foie était peu développé déjà, dans la même proportion sans doute que les autres organes.

2° Dans le second cas, il s'agit d'un jeune homme de 23 ans. Le diagnostic anatomique posé à l'autopsie a été le suivant : cirrhose hépatique; péritonite chronique diffuse et hémorragique, hémorragies de la plèvre et du poumon; ictère généralisé; œdème intense des membres inférieurs; ascite; rein gauche rudimentaire; hypertrophie compensatrice du rein droit.

Ce cas est intéressant parce que les faits de thrombose dans le cours de la cirrhose hépatique ne sont pas fréquents; parce que la cirrhose est survenue à un âge peu avancé et enfin parce qu'on ne lui a pas trouvé de cause bien nette. A. MATHIEU.

VIII. — A propos d'une malade atteinte d'une affection cardiaque avec cirrhose du foie consécutive, de Beurmann et Sabourin étudient les diverses scléroses viscérales consécutives aux cardiopathies, et ils distinguent parmi celles-ci un certain nombre de types cliniques séparables :

a) Le type aortique, lié à des altérations générales du système artériel et accompagné de lésions viscérales scléreuses particulières;

b) Le type cardiopulmonaire ou type mitral ordinaire;

c) Le type cardiorénal, quelquefois difficile à distinguer de certaines variétés du type aortique;

d) Le type cardio-hépatique. Ce dernier est reconnaissable cliniquement à la prédominance des symptômes hépatiques qui finissent par évoluer à part en donnant à la maladie une physionomie et une gravité spéciales. Anatomiquement il est caractérisé par une cirrhose annulaire véritable ayant pour siège principal le territoire veineux sus-hépatique et intéressant secondairement la veine porte.

Le premier stade de ce processus est l'ectasie des capillaires sanguins autour des veines sus-hépatiques. Cette ectasie et l'atrophie trabéculaire consécutive se rencontrent concurremment avec la sclérose périveineuse centrale sur les coupes de foie cardiaque.

Les raisons étiologiques auxquelles sont dues la prédominance et l'extension des lésions hépatiques chez certains mitraux sont encore inconnues. H. R.

IX. — La périhépatite chronique hyperplastique, sans lésion du parenchyme hépatique, peut être confondue cliniquement soit avec une

Digitized by Google

des variétés de la cirrhose, soit avec l'oblitération de la veine porte. C'est que, dans cette maladie, le foie se trouve comprimé, resserré par ses enveloppes à tel point que la circulation du système porte s'arrête presque complètement.

Voici un cas où l'auteur n'a pu diagnostiquer autre chose pendant la vie que la cirrhose atrophique ; à l'autopsie l'erreur s'est justifiée.

Servante de 54 ans, ayant eu un enfant à 24 ans. Pas d'alcoolisme, pas de syphilis. A l'âge de 50 ans, sans cause connue, signes de péritonite et de périhépatite aiguë, puis gonflement de l'abdomen et ascite. Il a fallu pratiquer la ponction quinze fois, mais les intervalles entre les ponctions ont progressivement augmenté; le dernier a été de huit mois.

L'auteur constate les signes d'une cirrhose atrophique; la ponction lui fournit 19 litres de liquide jaune clair. Après l'opération il constate que la rate est grosse et dure, que le foie est petit, induré, mais lisse et à bords émoussés.

Le liquide se reproduit très lentement, la malade peut se lever malgré l'ascite et, pendant dix-huit mois, l'état reste stationnaire. Le réseau veineux de la paroi abdominale se développe progressivement.

Deux ans et demi après l'entrée à l'hôpital, accidents aigus, fièvre, frissons, vomissements, douleurs de ventre, mort en trois semaines. La maladie a duré en tout six ans et demi.

Autopsie.— Péritonite tuberculeuse récente. De plus, la moitié supérieure du revêtement de la paroi antérieure est transformée en une masse blanche, épaisse, très dure, tendineuse. Même transformation du péritoine sur le diaphragme, la rate, le foie. Ce dernier est diminué d'un tiers, son enveloppe a sur plusieurs points 4 à 5 millimètres d'épaisseur. Il n'y a pas trace de cirrhose. Au microscope on trouve les tracées conjonctives normales. Pas d'altération des vaisseaux de la veine porte, des autres vaisseaux, ni des voies biliaires. Pas de tubercules pulmonaires. L. GALLIARD.

X. — Sur deux malades alcooliques atteints de cirrhose atrophique, l'auteur fit la ponction abdominale dès que l'ascite a commencé à prendre de grandes proportions, et en même temps il leur fit prendre 3 fois par jour 10 gouttes d'une solution de pilocarpine. L'action de la pilocarpine se manifesta promptement par une sialorrhée et une transpiration abondantes, la diurèse augmenta et l'ascite ne se reforma plus chez le premier malade ; elle revint chez le second, mais céda d'elle-même au bout de quelque temps. La pilocarpine prise à l'intérieur même pendant longtemps ne provoqua pas de malaises, le cœur fonctionna normalement et les malades purent reprendre leurs travaux. M. SCHACHMANN.

XI. — Dans ce mémoire, l'auteur donne l'observation complète de deux malades, chez lesquels la clinique semblait indiquer un cancer du foie, et à l'autopsie desquels on trouva des tumeurs adénomateuses de cette glande. De l'examen histologique détaillé du premier cas, il conclut que le néoplasme est constitué par des cordons épithéliaux ramifiés et anastomosés à la façon des tubuli du labyrinthe rénal. L'épithélium a l'aspect de cellules cylindriques ou cubiques, à protoplasma clair, absolument identiques à celles qui tapissent les canalicules biliaires : ceux-ci d'ailleurs, au voisinage de la tumeur, sont hyperplasiés et hypertrophiés. Dans les nodules de récente formation, on peut démontrer la continuité des canalicules biliaires avec les cordons épithéliaux. Dans le second cas, au contraire, l'adénome paraissait provenir directement du parenchyme hépatique, par suite d'une hépatite parenchymateuse nodu-

Digitized by Google

laire, et les canalicules biliaires n'étaient pas directement intéressés dans la formation de la tumeur.

A propos de ces faits, Rovighi discute deux questions : 1° Quelle est la relation entre l'adénome et le cancer? 2° Quels sont ses rapports avec la cirrhose?

Relativement au premier point, il admet qu'il est presque impossible de distinguer l'adénome du cancer, car il a tout à fait la structure de l'épithélioma glandulaire malin, susceptible de généralisation. Quant à la cirrhose, il ne croit pas qu'elle préexiste le plus ordinairement à l'adénome. Dans les deux cas ci-dessus mentionnés, il n'existait chez les malades ni alcoolisme, ni syphilis, ni impaludisme, ni lithiase biliaire susceptibles de donner naissance à de la sclérose veineuse ou biliaire. Il suppose donc que la prolifération du tissu conjonctif est secondaire, ou du moins qu'elle marche de pair avec le développement des néoplasmes adénomateux. H. R.

XII. — Un malade de 72 ans arrive à la Pitié avec tous les signes d'une cachexie d'origine hépatique: vomissements, dyspepsie, dégoût des aliments, foie gros et douloureux sans ictère. Il meurt comateux au bout de deux mois. L'autopsie révèle un bloc cancéreux occupant tout le lobe gauche du foie, et, de plus, une cirrhose granuleuse typique. Sur le parenchyme scléreux se détachent un grand nombre de masses adénomateuses parfaitement caractérisées, d'apparence jaunâtre, molles, grasses; d'autres blanchâtres se rapprochent de l'aspect du cancer. L'examen histologique montre la structure classiques des adénomes, bien connue depuis le mémoire de Sabourin, et leur transformation sur place en tissu carcinomateux. L'auteur discute avec grand soin l'examen histologique et les diverses évolutions du tissu adénomateux vers le cancer vrai, et il en tire les considérations suivantes :

L'hépatite nodulaire, associée si communément à la cirrhose banale, peut être un premier stade du carcinome, et l'adénome est sans doute la phase intermédiaire entre l'irritation épithéliale simple et la néoplasie infectante.

La cirrhose veineuse, considérée jusqu'à ce jour comme une inflammation chronique simple, quoique systématisée, est une des causes de la dégénération adénomateuse du parenchyme hépatique : d'autre part, le carcinome hépatique peut procéder directement de l'adénome, et bien qu'histologiquement ce soit une phase plus avancée d'un processus irritatif simple, il n'en est pas moins apte à se généraliser aux ganglions et aux viscères. Ce qui revient à prouver qu'une lésion maligne et spécifique provient d'une évolution anatomique banale, d'ordre inflammatoire. H. R.

XIII. — Femme de 23 ans. En mai 1883, elle commence à éprouver une sensation de pesanteur dans l'hypochondre droit, traversé de temps en temps par des douleurs sourdes. Bientôt après, développement d'un ictère qui va graduellement croissant, suppression des règles. En septembre et octobre, accès fébriles, épistaxis, prostration des forces. En novembre, la malade entre à l'hôpital de Modène, avec un ictère foncé, une éruption de papules prurigineuses, et un souffle systolique au cœur. Le foie est gros, dur, lisse, non bosselé, douloureux, la rate grosse : c'est, en un mot, le tableau de la cirrhose hypertrophique biliaire. La malade succombe avec des épistaxis répétées et tous les symptômes d'un ictère grave ultime.

L'autopsie révèle des hémorragies multiples intrapulmonaires et sous-cutanées, une stéatose partielle du cœur, une hypertrophie splénique avec

Digitized by Google

des infarctus hémorragiques, un foie et un rein ictériques. Les conduits biliaires sont rétrécis et comprimés par une tumeur néoplasique circonscrite, située à la base de la glande, et ayant déterminé de la rétrodilatation des voies biliaires intra-hépatiques. L'examen histologique de cette tumeur montre qu'il s'agit d'un adénome ramifié, dont le point de départ est probablement le système épithélial des glandes biliaires. Une figure de cette tumeur et de sa structure est annexée au mémoire. H. R.

XIV. — Homme de 61 ans, entré à l'hôpital le 22 décembre 1885. Début de la maladie, deux mois auparavant, par des sensations de pesanteur stomacale et de la diarrhée, à laquelle s'ajoutent bientôt de la tuméfaction abdominale, de l'ictère et de l'ascite. Les battements du cœur sont petits et faibles. Le 26 décembre, la ponction de l'abdomen est pratiquée et donne 5 litres de liquide : on constate alors que le foie est gros, dur, irrégulier et inégal. Au voisinage de l'échancrure hépatique existe une tuméfaction circonscrite très douloureuse à la pression. La rate est également volumineuse.

Après une amélioration de quelques jours, les symptômes reparaissent et l'ascite se reproduit. Au commencement de janvier, le malade a une hématémèse et du mélœna qui se répète presque tous les jours. L'examen du foie montre que la tuméfaction douloureuse perçue les jours précédents a augmenté de volume ; elle est le siège de battements expansifs qui ont leur maximum au niveau du lobe gauche de la glande. A l'auscultation, on entend un souffle qui occupe toute la région du foie et qui est manifestement synchrone avec les battements du cœur et les pulsations artérielles : il a son maximum d'intensité et de rudesse au niveau de l'échancrure hépatique. Ce souffle persiste jusqu'à la mort qui a lieu le 20 janvier, par épuisement comateux.

Autopsie. — Le foie, augmenté de volume et infiltré de bile, est parsemé de petits noyaux blanc jaunâtre : la vésicule biliaire est vide et atrophiée. Au niveau du hile, près du lobe de Spigel, se voit une tumeur du volume d'une grosse noix : c'est la veine cave très dilatée et perforée par un thrombus cancéreux analogue aux éléments nodulaires du parenchyme hépatique. Autour de ce thrombus se voit un volumineux caillot cruorique de formation récente. Les ganglions du hile du foie sont infiltrés.

Il s'agit donc d'un cancer primitif des voies biliaires, qui a pénétré partiellement dans l'embouchure de la veine porte. Le souffle constaté à ce niveau pendant la vie, et qu'on avait regardé comme l'indice d'un anévrisme de l'artère hépatique, se produisait dans la veine porte par suite du rétrécissement que la tumeur apportait au calibre du vaisseau.

H. R.

XV. — Travail d'anatomie pathologique fort intéressant, riche en observations inédites, examens histologiques détaillés. Les conclusions principales de ce mémoire sont les suivantes :

Le cancer primitif du foie se présente sous deux formes, la forme massive et la forme nodulaire. La première représente la forme caractéristique du carcinome hépatique primitif ; la seconde ne saurait être distinguée, à l'œil nu, des noyaux du cancer secondaire.

Le foie atteint de cancer massif n'offre ni déformation, ni bosselures. Il apparaît hypertrophié dans un de ses lobes, sa surface reste lisse, sa coloration se modifie peu, ou devient par places jaunâtre et marbrée. Sur une coupe, la masse cancéreuse apparaît sous l'aspect d'un tissu blanchâtre, mou ou lardacé, fournissant du suc au raclage. Le lobe hépatique droit est son siège d'élection : le lobe carré et le lobe de Spigel peuvent être simultanément ou isolément affectés. Le néoplasme s'avance jus-

Digitized by Google

qu'aux limites de la capsule de Glisson sans l'envahir; il en est séparé d'ordinaire par une petite bande de tissu sain. Les ganglions du hile du foie sont ordinairement intéressés, mais les nodosités secondaires du poumon ou du foie font ordinairement défaut. La périhépatite et l'ascite sont rares; la splénomégalie est habituelle.

Histologiquement, le cancer massif ne diffère pas du cancer nodulaire primitif. C'est un épithéliome qui procède des cellules hépatiques et qui, selon la disposition du stroma conjonctif, révèle le type alvéolaire, le type trabéculaire ou tubulé (adénome des auteurs), ou enfin le type trabéculo-alvéolaire.

Le cancer massif est plus fréquent chez l'homme que chez la femme, et survient à l'âge moyen de la vie ou plus tard. Il est presque toujours en relation avec l'alcoolisme. Son développement s'annonce par la suppression de l'appétit, l'apparition de troubles dyspeptiques et parfois de douleurs, en même temps que par la diminution des forces, l'amaigrissement et la décoloration des téguments. Bientôt on voit se manifester des signes d'hypertrophie du foie sans ascite et sans ictère : les veines abdominales sous-cutanées ne sont pas dilatées, les vomissements font constamment défaut. L'acholie et l'abaissement de l'urée trahissent la suppression des fonctions hépatiques. La mort survient par cachexie, avec œdème ultime des malléoles. H. R.

XVI. — Si l'acholie par gêne de l'excrétion biliaire est bien connue, il n'en est pas de même de l'acholie par trouble sécrétoire. C'est cette dernière que Hanot étudie, en faisant remarquer d'ailleurs que le terme d'acholie n'a le plus souvent qu'une valeur relative, n'exprimant pas plus la suppression absolue de la sécrétion biliaire, que le terme d'asystolie n'exprime l'arrêt complet des battements du cœur. Les exemples d'*acholie vraie* sont rares en clinique : cependant, dans un cas reproduit ailleurs, l'auteur a observé la suppression de la sécrétion biliaire coïncidant avec la diminution de l'irrigation sanguine du foie; une péritonite chronique propagée au hile du foie avait progressivement comprimé vaisseaux et conduits biliaires. Mais, à côté de l'acholie vraie, il existe une *acholie pigmentaire* surtout caractérisée par la suppression du pigment biliaire, et se manifestant par la décoloration des matières fécales sans production d'ictère. A l'appui de cette variété, Hanot donne trois observations, l'une d'hypertrophie du foie, une deuxième de cancer secondaire de cet organe, une troisième de cirrhose hypertrophique graisseuse. Dans cette dernière il n'y avait pas seulement acholie pigmentaire, mais hypocholie et peut-être acholie vraie.

Pour élucider ces questions encore neuves, il importe non seulement de noter pendant la vie la décoloration des matières fécales en l'absence d'ictère, mais encore de rechercher à l'autopsie le degré de réplétion ou de vacuité de la vésicule biliaire, et les caractères appréciables à l'œil nu de la bile. P. MERKLEN.

XVII. — Dans ce travail de quelques pages, Quincke cherche à démontrer qu'il y a lieu de faire intervenir comme facteurs pathogéniques de l'ictère des nouveau-nés : 1° la persistance du canal veineux d'Arantius, et une destruction très active de globules rouges, qui s'opère dans les premiers jours de la vie et qui est vraisemblablement dans une certaine dépendance du premier facteur. Car, tant que le canal

Digitized by Google

d'Arantius persiste, une partie du sang de la veine porte se déverse directement dans la veine cave, entraînant dans la grande circulation non seulement des matières colorantes, mais encore des acides biliaires, dont l'action dissolvante sur les globules rouges est bien connue; 2° les conditions particulières de la sécrétion urinaire chez le nouveau-né, dont l'urine, contrairement à ce qui a lieu chez l'adulte, ne charrie point de matière colorante biliaire dissoute, ou en renferme tout au plus des traces. D'ailleurs, d'une façon générale, le pouvoir dissolvant des humeurs du nouveau-né pour la bilirubine est très faible; toutes circonstances qui favorisent le développement et la persistance de l'ictère, même quand la matière colorante biliaire n'afflue qu'en petite quantité dans les liquides de l'organisme; 3° la richesse du méconium en matière colorante biliaire. La bilirubine qui passe dans les fèces du nouveau-né reste intacte en totalité et peut encore être résorbée, tandis que chez l'adulte la majeure partie est transformée en hydrobilirubine qui échappe à la réabsorption.

E. RICKLIN.

XVIII. — Hans Stern rend compte des résultats d'expériences qui ont été faites par Minkowski, dans le laboratoire du professeur Naunyn, à Kœnigsberg, expériences qui ont consisté à extirper le foie à des grenouilles, à lier la veine porte et les canaux biliaires à des pigeons (survie, jusqu'à 36 heures), pour étudier ensuite l'influence que ces mutilations exerçaient sur la richesse du sang en matière colorante biliaire. Les résultats obtenus se résument en ceci : c'est que l'extirpation et la suppression fonctionnelle du foie n'entraînent pas à leur suite une augmentation de la matière colorante biliaire dans les tissus et les sécrétions de l'organisme animal. Donc cette matière colorante n'est pas préformée dans le sang, comme d'aucuns l'ont prétendu; il y a tout lieu de considérer le foie comme étant le foyer de production du pigment biliaire.

Cela étant, pour savoir s'il existe réellement un ictère hématogène, qui se développe sans intervention du foie, il suffira de réaliser, chez un animal, la suppression fonctionnelle de cette glande, et de lui faire pénétrer ensuite dans le sang une de ces substances (hydrogène arsenié, toluylendiamine), qui passent pour développer l'ictère hématogène; si le résultat est obtenu, la question posée à l'instant sera tranchée par l'affirmative.

Des recherches dans cette voie ont été instituées à Kœnigsberg, et un mémoire ultérieur sera consacré à en faire connaître les résultats.

E. R.

XIX. — Naunyn a constaté que les diverses formes d'ictère chez l'homme s'accompagnent de tuméfaction de la rate; Mackay a entrepris d'étudier par voie expérimentale les relations de ces deux phénomènes.

Tout d'abord, il a lié le canal cholédoque à des lapins, et il a constaté que l'ictère qui survient dans ces conditions s'accompagne presque toujours, mais non pas constamment, d'une tuméfaction splénique. Il est vraisemblable qu'elle ne dépend pas exclusivement de l'adultération du sang par les acides biliaires, qu'elle est en partie consécutive aux troubles de la circulation abdominale, qu'entraîne l'opération. Comme ces troubles circulatoires peuvent n'être que passagers, comme d'autre part les acides biliaires ne tardent pas à disparaître du sang, on s'explique que l'obli-

Digitized by Google

tération du canal cholédoque puisse persister sans que se produise la tuméfaction de la rate.

Les expériences de l'auteur ont démontré en outre que l'augmentation de volume du foie, consécutive à la ligature du canal cholédoque est due à la stase biliaire et à la prolifération du tissu interstitiel, que l'augmentation de volume du rein, survenant dans les mêmes circonstances, est le fait d'une inflammation chronique.

Une autre série de recherches a eu pour but d'étudier les variations de la richesse du sang en globules rouges chez des lapins, auxquels on a communiqué un ictère expérimental. Il s'est fait voir qu'au début le nombre des globules diminue en même temps que les urines charrient de l'hémoglobine, résultat qui implique une destruction de globules rouges par les acides biliaires déversés dans le sang. Mais dans plusieurs expériences le nombre des globules rouges, d'abord diminué, remonte de nouveau au chiffre physiologique, résultat que l'auteur interprète en invoquant, pour ces cas, un arrêt dans la production des acides biliaires.

Enfin, Mackay a recherché la présence des acides biliaires dans les urines des animaux chez lesquels on avait développé un ictère expérimental. Les résultats sont les suivants :

En traitant l'urine normale de lapins par l'alcool et l'éther, il a été impossible d'en extraire une substance qui agit sur les grenouilles à la manière des acides biliaires.

Le contraire a eu lieu avec l'urine de lapins auxquels on avait injecté des acides biliaires directement dans les vaisseaux.

De même, l'urine recueillie chez des lapins, pendant les six premiers jours qui ont suivi la ligature du canal cholédoque, renfermait des acides biliaires en proportions assez considérables; passé ce délai, l'urine n'en contenait plus que des traces, ou rien. En même temps que des acides biliaires, on trouve dans les urines, après chaque ligature du canal cholédoque, de l'hémoglobine, mais seulement pendant deux ou trois jours; puis l'hémoglobinurie fait suite à une albuminurie persistante, qui présente, au début, les caractères de la serumalbuminurie. E. R.

XX. — L'héméralopie a été signalée déjà dans plusieurs cas d'affections hépatiques, sans qu'on ait pu fournir encore l'explication du phénomène. Dans les deux cas de l'auteur elle accompagne l'ictère.

1° Homme de 52 ans, offrant les symptômes de la cirrhose, mais avec ictère. Il n'a jamais eu de xanthopsie. A droite, une cataracte. A gauche, la vue est normale en plein jour, mais le soir le malade ne peut distinguer aucun objet d'une façon nette, et, dès que la lampe est enlevée, dans la salle où existe encore une clarté suffisante pour les autres personnes, la cécité est absolue. Rien à l'ophtalmoscope, sauf une teinte jaune rouge du fond de l'œil.

2° Ouvrier de 51 ans, ayant eu une première fois de l'héméralopie à la suite d'un accès de rhumatisme. Le phénomène se reproduit à l'occasion de coliques hépatiques suivies d'ictère, et c'est au moment où l'ictère apparaît que l'héméralopie se manifeste avec le plus d'intensité. L. GALLIARD.

XXI. — L'asile d'aliénés de Merzig a été, du mois d'août au mois de novembre 1883, le théâtre d'une épidémie d'ictère qui sur 510 habitants a frappé 144 personnes, c'est-à-dire 30 0/0 de la population totale. Cette épidémie a été bien localisée à l'établissement, elle ne s'est pas manifestée dans les localités environnantes, et encore elle n'a sévi (sauf deux exceptions) que sur les malades de la quatrième division et sur les

Digitized by Google

infirmiers. En général elle n'a produit que des signes de catarrhe gastro-duodénal sans gravité, mais on a noté quelques cas graves ; pas un seul décès.

Après avoir recherché inutilement les causes de cette épidémie dans les aliments distribués aux malades, les eaux consommées dans l'établissement, les défectuosités de l'habitation, l'auteur est arrivé à la rapporter à des revaccinations pratiquées le 6 et le 21 mai, quatre mois avant l'apparition des premiers cas d'ictère. Il la rapproche d'une épidémie observée à Brême la même année dans des conditions analogues, deux mois et demi après des inoculations vaccinales. L. GALLIARD.

XXII. — Épidémie d'ictère catarrhal observée à Brême, d'otobre 1883 à avril 1884 sur le personnel des usines de la compagnie du Weser. Sur un total de 1,200 à 1,500 ouvriers et employés, on a compté 191 cas de jaunisse, répartis indistinctement dans tous les bureaux et ateliers.

L'établissement n'avait pas eu d'épidémie semblable dans les années précédentes. En ville, il n'existait alors que des cas isolés d'ictère ; la plupart des malades n'ont pas interrompu leur travail. Il n'y a eu aucun décès.

L'épidémie a atteint son apogée en décembre.

L'étiologie est restée tout à fait obscure.

Une seule circonstance mérite d'être mentionnée.

Le 13 août 1883, a eu lieu une revaccination en masse de tout le personnel avec du vaccin humanisé glycériné. C'est parmi les personnes revaccinées ainsi que tous les cas d'ictère se sont produits. Au contraire 87 ouvriers ou employés, qui se sont fait revacciner ailleurs, sont restés indemnes et parmi les 500 ouvriers admis dans l'établissement, postérieurement à ces revaccinations collectives, aucun non plus n'a eu la jaunisse. J. B.

XXIII. — L'auteur a observé cinq cas de cancer de la vésicule, mais il ne possède encore qu'une seule autopsie. Dans deux cas, l'affection dure depuis plusieurs années (5 et 6 ans). Dans trois cas, elle a été précédée, suivant la règle aujourd'hui connue, de lithiase biliaire. Deux fois seulement l'auteur a vu la tumeur reproduire exactement les caractères de la vésicule hypertrophiée. La tumeur a varié du volume d'une pomme à celui d'une tête d'enfant. L'ictère n'a existé que dans deux cas. Les cinq observations se rapportent à des femmes de 43 à 59 ans, ayant eu plusieurs enfants. Le cancer de la vésicule est donc comme la lithiase une affection de la femme. L'auteur admet la possibilité de l'intervention chirurgicale. L. GALLIARD.

XXIV. — L'étude histologique des calculs biliaires est assez difficile à cause de leur consistance friable. Posner est cependant arrivé à faire des préparations satisfaisantes en sciant les calculs en plaques minces qu'il usait ensuite par le frottement. Cette usure se produit très régulièrement en recouvrant la plaque de vaseline.

Une fois que la préparation est suffisamment transparente, il suffit d'une loupe pour reconnaître que le calcul se compose de trois couches, une couche corticale assez variable d'aspect, — une couche intermédiaire offrant des divisions concentriques et radiées, présentant dans son ensemble le poli des cristaux de cholestérine, — enfin une couche centrale ou noyau de forme irrégulièrement arrondie, présentant un certain nombre de pro-

Digitized by Google

longements et de coloration plus ou moins tranchée. On voit souvent dans ce noyau des masses alternativement sombres et claires. Si l'existence de ces trois couches est facile à constater, il n'en est pas de même de leurs limites exactes, la transition étant insensible.

En montant la préparation dans le baume de Canada et en l'examinant à un fort grossissement, on aperçoit nettement les cristaux de cholestérine. Dans le noyau, ces cristaux affectent une disposition radiée, ils sont séparés par des masses pigmentaires. Dans le corps du calcul, on les voit déborder sur les lignes circulaires extrêmement nombreuses qui se décrivent autour du noyau. Ces lignes noirâtres sont d'autant moins visibles que le calcul est formé plus exclusivement de cholestérine. Il est à remarquer que les lignes même les plus centrales présentent des dépressions correspondant aux facettes du calcul. La disposition polygonale des calculs biliaires résulte donc d'une compression, alors qu'ils sont encore mous et non d'une usure de leurs couches superficielles.

En se débarrassant de la cholestérine par l'éther, on trouve la charpente du calcul, masse ténue, réticulée, offrant des loges pour les cristaux. Les faisceaux qui constituent ce stroma sont disposés en rayons et en anneaux concentriques. Ils renferment des grains de pigment faciles à colorer en brun par l'iodure de potassium ioduré. Vers la surface, ils prennent l'aspect de petites houppes flottantes. Ce stroma se voit mal sur les calculs formés de cholestérine presque pure. La matière qui constitue le stroma semble être de nature albuminoïde. On ne sait si c'est de l'albumine ou de la mucine.

Une matière analogue paraît se rencontrer dans les calculs urinaires.

Quant à la pathogénie des calculs, Posner accepte la théorie du catarrhe des voies biliaires neutralisant la bile et précipitant la cholestérine. Quand le catarrhe est intense, les calculs renferment un stroma très marqué de matières albuminoïdes. Si la cholestérine est très abondante dans la bile, il suffit, pour qu'elle se précipite, que le catarrhe soit faible; le stroma est alors très peu prononcé. Mais, de toutes façons, le traitement du catarrhe est un élément important du traitement de la lithiase biliaire. M. DEBOVE.

XXV. — L'auteur rapporte 57 observations d'abcès de la rate dont deux personnelles. Les abcès de cause traumatique doivent être très rares. Ceux de cause interne, de beaucoup plus fréquents, sont consécutifs presque toujours à des maladies infectieuses et parmi elles l'impaludisme, la fièvre typhoïde, les infections purulentes tiennent le premier rang dans l'étiologie de cette affection. Les dimensions de ces abcès sont très variables ; au début le pus serait plus ou moins coloré par le sang, plus tard les hémathies se détruisant, le pus reprendrait ses caractères habituels. Dans ce pus, Gluge a trouvé de grandes cellules à un seul noyau, des cellules à pigment noir et des cristaux de leucine. Le diagnostic n'est pas toujours possible ; les phénomènes capitaux sont les suivants : tumeur fluctuante faisant corps avec la rate, point de côté splénique, fièvre à type rémittent ou intermittent. Le pronostic serait relativement bénin. Il y aurait environ 20 morts seulement sur 100 cas diagnostiqués pendant la vie. Si l'on tient compte des faits où les abcès n'ont été reconnus qu'à l'autopsie, la proportion des décès

Digitized by Google

s'élèverait à 80 0/0. L'ouverture au bistouri ou au trocart, avec lavages et pansements antiseptiques, constitue le meilleur traitement.

P. GALLOIS.

XXVI. — Le cancer de la rate est très rare. Il n'en existe guère que 8 observations.

L'auteur en a recueilli une observation chez un enfant de 7 ans. L'enfant est mort rapidement ; mais l'autopsie n'a malheureusement pu être faite.

De l'étude des observations publiées de cancer primitif de la rate, il résulte que :

1° La forme la plus commune est l'encéphaloïde, dont la marche est rapide et la durée de quelques mois ;

2° Les caractères cliniques consistent en symptômes négatifs de la plus haute importance (intégrité des fonctions digestives, absence d'ascite, de leucémie, absence d'engorgements ganglionnaires et en signes positifs (douleur, tumeur, hémorragies) ;

3° Le cancer primitif de la rate est absolument distinct de l'épithéliome primitif, dont la marche est lente et la durée de plusieurs années.

RICHARDIÈRE.

I. — Ueber eine Form durch Kapselkokken verursachter multipler Serositis (Mal de Bright aigu ; œdème du rein avec présence de cocci encapsulés), par C. BOZZOLO (*Centralbl. f. klinisch. Med., n°* 11, 1885).

II. — Ueber die Veränderungen der feineren Arterien... etc. (Lésions des artérioles dans le rein granuleux et leur importance pathogénique), par Hugo HOLSTI (*Deutsch. Arch. f. klin. Med. XXXVIII, p.* 122).

III. — De la pyélo-néphrite primitive, par Albert ROBIN (*Soc. méd. des hôp., mai* 1885).

IV. — Sur la pathogénie de certains accidents paralytiques observés chez des vieillards, leurs rapports probables avec l'urémie, par RAYMOND (*Revue de médecine,* 10 *septembre* 1885.)

V. — De l'hémiplégie et de l'épilepsie partielle urémiques, par CHANTEMESSE et TENNESON (*Revue de médecine,* 10 *novembre* 1885).

VI. — Des différentes formes de dyspnée chez les brightiques, par Augustin URIBE (*Thèse de Paris, mars* 1886).

VII. — Ernährung mit Hunereien in Fällen von Albuminurie (De l'emploi des œufs dans l'alimentation des Brightiques), par LÜVENMEYER (*Zeitsch. für klin. Med. Band X, Heft* 3. *p.* 253, 1885).

VIII. — The use of nitro-glycerin in different forms of nephritis, par F. KINNICUT (*New York med. journ., p.* 219, 1886).

I. — Dans le cas de Bozzolo, il s'agit d'un jeune homme de 20 ans atteint d'épididymite blennorragique, qui fut pris subitement de néphrite aiguë, avec anasarque et ascite, puis de pleuropneumonie. La ponction des plèvres et du péritoine donna issue à un liquide purulent, dans lequel, outre des leucocytes, on trouva des cocci arrondis et ovales, ressemblant au pneumococcus. Ces cocci étaient réunis, soit à 2, soit à 4, 6, et entourés d'une capsule brillante qui enveloppait chaque groupe.

Digitized by Google

L'injection de ce liquide dans la plèvre et le péritoine d'un cobaye n'a donné aucun résultat, non plus que les cultures. LESAGE.

II. — H. Holsti fait tout d'abord l'historique des discussions auxquelles ont donné lieu la pathogénie de la néphrite interstitielle, ses rapports avec les lésions du cœur et des vaisseaux, et surtout avec l'endartérite généralisée.

Il se déclare partisan de la théorie qui attribue à cette endartérite généralisée l'influence primordiale dans la genèse de la néphrite interstitielle. L'existence des lésions artérielles et cardiaques, qui se révèlent par des phénomènes particuliers, apporte à la maladie un contingent de symptômes qui importent au diagnostic; ce qu'il faut reconnaître, ce n'est pas seulement la lésion des reins, mais l'endartérite généralisée. On ne peut pas les séparer en pathologie.

Ce mémoire est donc la confirmation des doctrines soutenues depuis longtemps en France par Rendu, Debove, Letulle, H. Martin et qui sont couramment admises aujourd'hui. A. M.

III. — Robin reconnaît comme cause influente de la pyélonéphrite le surmenage et le refroidissement. Le début de la maladie est marqué par un grand frisson, de la rachialgie, de la céphalalgie, des vomissements et une urine rouge avec dysurie. Pendant la période d'état on constate d'abord la rachialgie, une dyspnée assez vive, de la fièvre, une urine foncée renfermant de 5 à 10 grammes d'albumine par litre, pas d'œdème; plus tard l'albuminurie diminue rapidement, mais l'urine laisse un sédiment de leucocytes; la fièvre redouble et prend les allures d'une fièvre typhoïde; enfin paraît une tumeur dans l'un des flancs avec une pyurie plus accentuée. La scène se termine par une résolution de tous les symptômes, mais l'inflammation, assoupie, peut se réveiller à la moindre excitation.

Le diagnostic doit être posé avec la néphrite aiguë, la congestion rénale à forme typhoïde, la néphrite suppurée et la périnéphrite.

La période aiguë réclame comme traitement des ventouses scarifiées, le régime lacté, le sulfate de quinine; la période chronique, également le régime lacté, les acides antiseptiques benzoïque, salycilique, la térébenthine, le copahu, etc; plus tard les tanniques associés à l'iode et à l'iodure de potassium et des pointes de feu aux lombes. H. L.

IV. — Raymond, dans ce travail, appelle l'attention sur certains cas d'attaques apoplectiques mortelles ou bien sur des attaques auxquelles succèdent des hémiplégies flasques, qui affectent tous les caractères des hémiplégies consécutives au ramollissement cérébral ou à l'hémorragie cérébrale. Ces phénomènes apparaissent chez des vieillards et sont sous la dépendance d'un état urémique. A l'autopsie on constate quelquefois l'existence d'une lésion ancienne (vieux foyer d'hémorragie ou de ramollissement) et parfois simplement un œdème généralisé du cerveau. Dans tous ces cas il existait des lésions chroniques des reins. La pathogénie de ces accidents, d'après Raymond, semble devoir être rapportée à l'œdème cérébral et aux troubles circulatoires qui en sont la conséquence. Ces troubles circulatoires, qu'ils soient congestifs ou anémiques, aboutissent en dernière analyse à l'anoxyhémie du cerveau. Pour le démontrer, l'auteur a institué une série d'expériences tendant à prouver qu'une lésion circonscrite du cerveau (paralysie vaso-motrice d'un côté en arrachant

Digitized by Google

le ganglion cervical supérieur correspondant; destruction limitée d'un point de l'écorce cérébrale) peut suffire, lorsqu'on pratique ultérieurement la ligature des deux hiles rénaux, à déterminer des accidents convulsifs ou paralytiques limités au côté opposé à celui de la lésion cérébrale. Ainsi s'expliquerait ce fait, paradoxal en apparence, à savoir : qu'une intoxication générale de l'organisme peut donner naissance à des troubles nerveux circonscrits à une des moitiés du corps. C. GIRAUDEAU.

V. — Sous ce titre, Chantemesse et Tenneson publient les observations de six malades atteints de néphrite chronique diffuse chez lesquels ils ont vu survenir des hémiplégies et des convulsions limitées à une moitié du corps sans qu'à l'autopsie on pût constater d'autres lésions que de l'œdème cérébral. Ils insistent sur la variabilité de l'hémiplégie allant jusqu'à disparaître à certaines heures de la journée pour reparaître quelques instants plus tard et sur l'élévation de la température (38°-39°) au moment de l'attaque paralytique, pour montrer qu'il ne s'agit point d'un accident toxique à proprement parler, mais bien d'un trouble circulatoire. Contrairement à une opinion émise par Raymond, ils croient que l'athérome artériel n'a rien à voir dans ces paralysies, car trois de leurs malades n'avaient pas plus de trente-cinq ans. D'après eux si l'œdème cérébral cause de ces accidents est partiel, c'est que c'est le propre des œdèmes albuminuriques d'être partiels (paupières, poumon). Ce mémoire est à rapprocher de celui de Raymond (Voy. paragraphe IV, ci-dessus).

C. GIRAUDEAU.

VI. — A. Uribe, dans une thèse soignée, a étudié les diverses formes de dyspnée urémique, en apportant à l'appui des observations personnelles recueillies à la clinique de Potain. Pour lui, la dyspnée des brightiques reconnaît deux sortes de causes : des causes mécaniques (œdème, congestion pulmonaire, bronchite, dilatation cardiaque et asystolie), et des causes dynamiques : elle est alors, en apparence, disproportionnée avec les conditions qui semblent en être l'origine.

Cette dyspnée, indépendante de toute cause mécanique, dérive vraisemblablement des modifications apportées à l'activité du centre respiratoire.

Lorsque cette activité est mise en jeu d'une façon excessive, comme cela a lieu dans la première phase des néphrites, elle se traduit par des accès de dyspnée formidables sans râles : type étudié autrefois par Lasègue. Nous ne connaissons pas encore le mécanisme de la viciation rénale qui surexcite ainsi le bulbe.

La respiration de Cheyne Stokes appartient à un ordre de faits différents et peut-être opposés. Elle semble reconnaître pour cause, non pas une excitabilité exagérée, mais au contraire un engourdissement et comme une somnolence du centre respiratoire. Il faut pour la réveiller un certain degré de désoxydation du sang et d'accumulation d'acide carbonique. Aussi dans la respiration de Cheyne Stokes, il s'agit, non pas d'une véritable dyspnée, mais d'une anhélation intermittente. H. R.

VII. — Pour résoudre le problème de l'alimentation des albuminuriques, Lövenmeyer a soumis sept malades à un régime aussi régulier que possible; il a ajouté à ce régime de six à neuf œufs par jour. Le dosage de l'albumine a été fait par le polarimètre, contrôlé dans quelques cas par la balance.

Digitized by Google

Chez quatre des malades, dont trois atteints de néphrite amyloïde et l'un atteint de néphrite cardiaque, ce régime n'a produit aucune augmentation de l'albumine. Chez les trois autres, l'augmentation fut assez notable. Lövenmeyer élimine deux de ces dernières observations, l'une parce que le malade n'a pas suffisamment été suivi, l'autre parce que les règles survinrent au moment même où l'on commençait le régime et qu'elles ont pu exercer une influence. Dans la dernière observation (néphrite interstitielle), il remarque que l'augmentation est peut-être dûe à ce que les œufs ont été pris crus au lieu d'être cuits comme chez les autres malades. Il ne croit donc pas qu'une alimentation même très riche en matières albuminoïdes augmente l'albumine. M. DEBOVE.

VIII. — L'auteur est arrivé à des conclusions très analogues à celles de Rossbach sur le même sujet. La nitroglycérine, donnée à petites doses fréquemment répétées, abaisse puissamment la pression artérielle; elle diminue ou fait disparaître la céphalalgie et les accès dyspnéiques de l'urémie; elle augmente la quantité d'urine excrétée, et diminue l'albuminurie, aussi bien dans la néphrite interstitielle que dans la néphrite parenchymateuse. Chaque dose doit être portée à la limite au delà de laquelle apparaissent les preuves subjectives de l'action médicamenteuse. A. CHAUFFARD.

I. — On albuminuria and the symptoms which indicate its gravity (Valeur symptomatique de l'albuminurie), par F.-A. MAHOMED (*Guy's hosp. Rep., XVIII, p.* 200).

II. — Contribution à l'étude des albuminuries transitoires dans quelques maladies du système nerveux, par Henri MICHEL (*Thèse de Paris*, 1885).

III. — On cyclic albuminuria, par J.-W. PAVY (*Brit. med. journ., p.* 789, *octobre* 1885).

IV. — Sur certaines formes d'albuminurie transitoire, par J. TEISSIER (*Assoc. franç. Congrès de Grenoble*, 1885).

V. — Ueber regelmässig intermittirende Albuminurie (Albuminurie périodique nocturne), par FALKENHEIM (*Berlin. klin. Woch., p.* 628, *septembre* 1884).

VI. — Scarlatinal albuminuria, par Stevenson THOMSON (*Roy. med. and surg. Soc. Lancet*, 14 *novembre* 1885).

VII. — Beitrag zur Würdigung der neuen Harnprobe Ehrlich's (Recherches sur le nouveau moyen d'Ehrlich pour déceler l'albumine), par ROESSINGH (*Deutsche med. Woch., n°* 33, 1885).

VIII. — Ein neues Eiweissreagens zum Nachweise von Albuminurie in der Praxis (Nouveau réactif de l'albumine), par FÜRBRINGER (*Ibid., n°* 27, 1885).

I. — Dans un travail antérieur (Voy. *R.S.M.*, XX, p.583) l'auteur a décrit les symptômes qui permettent de reconnaître la maladie de Bright sans albuminurie. Dans ce nouveau travail de bien peu antérieur à sa mort, il étudie la valeur de l'albuminurie comme signe diagnostic de la maladie de Bright et les symptômes concomitants qui en indiquent la gravité.

Il résume ainsi les deux chapitres sur l'étiologie et la pathologie de l'albuminurie. Les causes de l'albuminurie sont :

1° Une augmentation de la pression glomérulaire et un ralentissement

Digitized by Google

de la circulation dans les glomérules, dus : *a*) à une augmentation générale de la pression artérielle, avec hyperémie locale du rein, occasionnée par un trouble fonctionnel des autres organes excréteurs, particulièrement de la peau et de l'intestin ; *b*) à une augmentation générale de la pression artérielle, accompagnée d'une obstruction du plexus tubulaire du rein. Ce plexus peut être comprimé par une accumulation d'épithélium dans les tubes, ou par le développement d'un tissu fibroïde intertubulaire. Cet état est la conséquence de lésions organiques ; *c*) à une augmentation de la pression glomérulaire, occasionnée par un trouble d'origine nerveuse de la circulation rénale. Cet état peut engendrer soit un engorgement local, soit une augmentation générale de la pression artérielle. Il peut être purement fonctionnel ou dépendre de lésions organiques ; *d*) à un obstacle au retour du sang veineux, provenant soit d'un désordre fonctionnel soit d'une lésion organique d'autres organes.

2° Une altération des parois des vaisseaux, et des tubes, ou de l'épithélium, occasionnée par une inflammation aiguë, un infarctus ou des lésions moins graves ;

3° Des altérations chimiques du sang et principalement la présence de substances albuminoïdes anormales dans le sérum sanguin.

Il passe ensuite en revue les différentes espèces d'albumine que l'on rencontre dans l'urine et les réactifs qui permettent de les découvrir.

En terminant il cite un certain nombre d'observations qui démontrent que l'albuminurie seule n'est pas toujours un symptôme grave ; que l'albuminurie est généralement un symptôme grave quand elle est accompagnée d'une augmentation de la pression artérielle. Si ces deux signes coexistent pendant un certain temps, ils indiquent sinon un commencement, au moins une prédisposition à la maladie de Bright ; mais s'ils persistent d'une manière permanente, on peut affirmer que la maladie existe et qu'elle est déjà caractérisée par des lésions organiques.

J.-B. H.

II. — Voici les conclusions de cette thèse, inspirée par Teissier (de Lyon) :

Certaines maladies chroniques du système nerveux s'accompagnent d'albuminurie, en dehors de tout processus fébrile, et sans qu'il y ait altération des reins ni du cœur. Cette albuminurie est habituellement transitoire. Elle est toujours en faible proportion, ne modifiant pas les caractères généraux de l'urine : elle se comporte d'une façon un peu spéciale vis-à-vis des réactifs. Peu sensible à la chaleur, elle précipite surtout par l'acide nitrique à chaud et le réactif acéto-picrique ; elle n'est pas, en général, rétractile. Eliminée d'une façon inconstante, elle apparaît dans des proportions variables aux diverses heures de la journée : plus marquée le soir, si elle tient à un trouble digestif, plus abondante le matin si elle est le résultat d'une crise douloureuse (?). Cette règle n'est pourtant pas absolue.

L'élimination de l'albumine est subordonnée à une foule de circonstances accessoires, variables suivant les individus (température extérieure, régime, veille, impressions morales). L'albuminurie alterne ou marche de pair avec une excrétion exagérée d'acide urique ou d'urée, de sorte que l'azoturie peut succéder à l'albuminurie. L'auteur regarde ces trois termes comme connexes et dépendant d'un seul et même trouble nu-

Digitized by Google

tritif d'origine nerveuse ; l'expression varierait selon le degré de combustion des matières albuminoïdes. Le mécanisme de l'albuminurie dépendrait de certaines actions vaso-motrices dont le rein serait le théâtre, sous l'influence du système nerveux central ou du sympathique.

Expérimentalement on n'a pas pu reproduire ces variétés d'albuminurie intermittente, ni par l'excitation des nerfs périphériques ni en agissant sur les nerfs rénaux (excitation ou section.)

Au point de vue du pronostic, cette albuminurie transitoire paraît peu sérieuse : elle est cependant tenace, et on ne sait pas si à la longue elle ne pourrait pas devenir le point de départ d'une néphrite véritable.

H. R.

III. — Sous le titre d'albuminurie cyclique, Pavy décrit l'albuminurie transitoire des personnes en bonne santé. Il leur donne ce nom, parce qu'il y a comme un retour cyclique de l'albuminurie à certaines heures de la journée. Ainsi, d'ordinaire le matin l'urine est exempte d'albumine : puis celle-ci apparaît vers 10 ou 11 heures, atteint son maximum vers le milieu du jour, puis diminue pour disparaître le soir et surtout la nuit pendant le sommeil. Cet état de choses peut durer des mois et des années sans que cette disposition pathologique puisse jamais conduire à des désordres sérieux dans la constitution du rein. L'urine, en pareil cas, ne renferme jamais de cylindres hyalins ni granuleux. Jusqu'à présent, rien n'autorise à penser que l'albuminurie cyclique dégénère jamais en maladie de Bright. L'auteur cite à l'appui de ces assertions quatre faits tirés de sa clientèle, où le symptôme albuminurie a été suivi pendant des mois sans troubles de la santé générale. H. R.

IV. — Teissier a, dans ses observations, six cas analogues à ceux de Pavy. Chez ces malades l'albuminurie se présente dans des conditions de présence et d'absence toujours identiques : la quantité en est faible.

Le cycle pathologique présente des phases très régulières : élimination exagérée de matières colorantes, albuminurie, uraturie, azoturie.

Teissier rattache ces phénomènes à une prédisposition constitutionnelle qui aurait pour effet de ralentir la combustion des matières albuminoïdes dans l'économie. A. C.

V. — Il s'agit d'un cas d'hépatite diffuse chronique dans lequel les urines diurnes étaient normales tandis que celles de la nuit contenaient de l'albumine en quantité variable. Cette albuminurie paraissait due à ce que, durant le séjour au lit, la rate considérablement hypertrophiée comprimait la veine rénale gauche : au moins c'est l'explication qu'en donne l'auteur.

J. B.

VI. — Thomson a surtout étudié l'état de l'urine pendant la période dite pré-albuminurique de la scarlatine. Ce travail est basé sur 180 observations et divisé en cinq chapitres : 1° Moment de l'apparition de l'albuminurie scarlatineuse. Elle se produit soit pendant la première semaine c'est-à-dire pendant la période aiguë de la maladie, soit plus tard, pendant la période de décroissance, ou après la disparition des symptômes aigus. Cette division est arbitraire, mais utile dans la pratique. 2° Fréquence. Une albuminurie légère et passagère est très fréquente; on peut même presque affirmer que la néphrite est un symptôme aussi essentiel de la scarlatine que l'éruption de l'angine. 3° Les rapports qui existent entre le sang et l'albumine, dans l'urine de la néphrite scarlatineuse, sont impor-

Digitized by Google

tants à connaître ; car ils démontrent que la période dite pré-albuminurique est assez rare, et qu'il existe une période dite post-albuminurique dans laquelle, l'urine présente à peu près les mêmes caractères que pendant la période pré-albuminurique. Pendant cette période et pendant la période post-albuminurique, l'urine contient de l'albumine, de l'hémoglobine, des corpuscules sanguins et des cylindres. J.-B H.

VII. — L'auteur confirme les résultats d'Ehrlich sur les réactions du sulfodiazobenzol ; chez trois sujets atteints de cancer de l'estomac il a obtenu la coloration foncée de l'urine ; comme Ehrlich, il l'a vue se produire chez les cardiaques dont la lésion était compensée. Chez les tuberculeux c'est bien la gravité des lésions qui influence la réaction, de sorte que celle-ci a une valeur pronostique. Elle n'est pas contrariée par l'usage de l'antipyrine quand la dose de ce médicament ne dépasse pas 5 grammes par jour.

Elle existe chez les morbilleux et les typhiques, mais ici l'auteur s'écarte un peu d'Ehrlich. Il n'a vu que dans un seul cas de rougeole la coloration passer brusquement du « rouge foncé à l'oranger ». Chez un typhique la réaction a persisté malgré l'apparition d'une pneumonie croupale. Elle a toujours manqué dans le rhumatisme aigu, dans la pleurésie séreuse. Sur sept cas d'érysipèle de la face, elle a fait défaut cinq fois.

VIII. — Fürbringer propose un mélange de bichlorure de mercure chloruré sodique ($HgCl^3NaCl$), de chlorure de sodium et d'acide citrique, destiné à précipiter l'albumine dans l'urine en formant un albuminate de mercure, lequel est insoluble dans les solutions concentrées de sel de cuisine en présence d'un acide.

Ce mélange peut être contenu dans une capsule de gélatine que le médecin porte dans sa trousse et qu'il ouvre quand on lui fournit l'urine à examiner. L. GALLIARD.

I. — Ueber die Peptonurie... (Recherches cliniques sur la peptonurie), par H. PACANOWSKY (*Zeitsch. für klin. Med. Band IX, Heft* 5, *p.* 429-470).

II. — Peptonuria puerperale, par TRUZZI (*Annali universali di med., novembre-décembre*, 1885).

I. — Pacanowsky a recherché, en se servant de la réaction du Biuret, la fréquence et les conditions d'apparition de la peptonurie, soit dans les maladies aiguës, soit dans les maladies chroniques.

1° Les maladies aiguës qui produisent surtout la peptonurie sont les maladies infectieuses. Celle-ci a été constatée dans plusieurs cas de variole, de scarlatine, de granulie, d'érysipèle, de pleurésie purulente. Son mode de production dans la fièvre typhoïde, où elle a existé 25 fois sur 36 cas, est particulièrement intéressant. La gravité de la fièvre ne semble pas favoriser son apparition. Dans un seul des cas où on l'a observée, la maladie a eu une issue mortelle ; encore faut-il faire cette réserve que le malade portait un abcès volumineux et que la peptonurie disparut, sitôt l'abcès incisé.

La peptonurie ne survient dans la fièvre typhoïde qu'au commencement de la période de défervescence. Elle n'apparaît pas tant que l'état est profondément typhique. Elle cesse à la convalescence pour se montrer de nouveau dans les cas de rechute ; souvent même elle a alors plus

Digitized by Google

d'intensité que pendant la maladie primitive. Pacanowsky croit que pendant la période d'état de la fièvre typhoïde la surface de l'ulcération, alors plate et lisse, incessamment balayée par la diarrhée, absorbe mal. Au moment de la période de réparation, au contraire, les vaisseaux sanguins et lymphatiques se trouvent dans des conditions plus favorables à l'absorption; c'est alors aussi que se produit surtout l'élimination des éléments nécrobiotiques; aussi est-ce à ce moment que la peptonurie apparaît. La scarlatine se comporte d'ailleurs à ce point de vue comme la fièvre typhoïde; chez les deux malades observés, la peptonurie ne survint qu'au moment de la convalescence.

2° Les maladies chroniques où se voit surtout la peptonurie sont la tuberculose et le cancer. Elle existait 11 fois chez 25 tuberculeux, sans qu'on pût établir de rapport entre son apparition et les autres conditions de la maladie, fièvre, rapidité de la marche, étendue des lésions. Il semble pourtant qu'elle soit surtout un phénomène de début; Pacanowsky explique ce fait par les altérations moins marquées des vaisseaux à cette période et par leur pouvoir de résorption plus considérable.

Dans 13 cas de cancer on trouva la peptonurie 10 fois. Elle paraît survenir avec plus de constance et d'intensité quand le foie est intéressé. — Peut-être la destruction du tissu hépatique a-t-elle une action spéciale? Il faut en effet remarquer que la peptonurie se rencontre assez souvent dans d'autres affections du foie: ictère grave, lithiase biliaire, cirrhose, etc.

M. DEBOVE.

II. — Cette étude minutieusement faite est résumée dans des tableaux qui permettent d'observer facilement la marche de la peptonurie puerpérale.

Il est fréquent d'observer la peptonurie dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, moins fréquente pourtant que ne l'admet Fischel. D'ordinaire elle commence le second jour, augmente le troisième, et atteint son maximum le quatrième; elle décroît ensuite irrégulièrement et cesse après le neuvième jour. Sa pathogénie est obscure, l'auteur attribue surtout une grande importance au processus d'involution utérine et à la perturbation qui survient dans la nutrition après l'accouchement. Il ne trouve aucun rapport évident entre la peptonurie et la montée du lait ou l'allaitement. Il a pu constater l'absence de la faible intensité de la peptonurie chez quelques femmes qui avaient avorté, ou bien accouché prématurément, ou bien avaient mis au monde un fœtus macéré. (Voy. *R. S. M.*, XXVI, 125, 173, 441.)

F. BALZER.

I. — Ein Fall von Chylurie, par G. SIEGMUND (*Berl. klin. Woch.*, *p.* 150, *mars* 1884).

II. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Ibidem*, *p.* 156).

III. — Chylous ascitis, par W. WHITLA (*Brit. med. j.*, *p.* 1089, *mai* 1885).

IV. — De la chylurie intertropicale (lymphurie), par R. NATIVEL (*Thèse de Paris*, *janvier* 1886).

I et II. — Prussien, âgé de 45 ans, qui n'est sorti de son pays que pour faire la guerre de 1870. A l'âge de 17 et 18 ans, fièvre intermittente rebelle, suivie d'épistaxis profuses: pendant le siège de Paris, dyssenterie. Vers la fin de 1882,

Digitized by Google

lassitude extrême, agitation surtout nocturne, sueurs profuses, tiraillements dans les membres inférieurs, le scrotum et l'abdomen.

L'urine est par intervalles laiteuse, blanc jaunâtre, uniformément trouble comme celle qui contient beaucoup d'urates en suspension. L'ébullition en sépare un coagulum d'albumine avec de la graisse emprisonnée ; mais le liquide ne s'éclaircit pas, renfermant encore de la graisse finement divisée. Lorsque avec l'éther on a enlevé cette graisse, l'urine offre un trouble gélatineux dû à la présence du corps albuminoïde, décrit par Prout et qu'Eggel et Brieger ont déterminé comme étant une substance fibrinogène. L'urine du malade contient en outre du chlorure de sodium et de l'urée. Voici les proportions relatives de ces divers éléments : chlorure de sodium 0,76 à 1,28; urée 1,35 à 2,72 ; albumine 0,12 à 0,22 ; graisse 0,17 à 1,028. Le microscope décèle dans cette urine chyleuse l'existence de globules de la lymphe, de quelques petits globules graisseux, d'une grande abondance de graisse, l'état de division moléculaire et l'absence complète de toute parasite.

Mais ce qui fait l'intérêt spécial de l'observation, c'est que Siegmund s'est donné la peine durant 60 jours consécutifs de recueillir et d'examiner séparément chaque émission d'urine; il a pu ainsi étudier pas à pas les variations quotidiennes de la chylurie. Sur les 428 mictions dont le produit a été recueilli, 46 étaient chyluriques ; 13 faiblement chyleuses, et les 369 restantes absolument normales. Pendant ces deux mois, 9 journées n'ont présenté aucune urine anormale et 7 n'ont eu qu'une seule miction faiblement chyleuse. La plus longue période durant laquelle le chyle ait manqué dans les urines a été de 72 heures. Le plus court intervalle de temps entre deux mictions consécutives, l'une à urine normale, l'autre à urine chyleuse, a été de 2 h. 1/2, le plus long de 9 h. 3/4 (moyenne 6 h. 3/4). Inversement le plus court intervalle de temps entre deux mictions consécutives, l'une à urine chyleuse, l'autre à urine normale, a été de 1 heure, le plus long 6 h. 1/2, soit en moyenne 2 h. 1/2.

Il est exceptionnel que le malade ait eu plus d'une miction chyleuse en 24 heures. L'époque la plus précise d'apparition de la chylurie a été 2 h. 1/2 du matin, et le plus tard à 7 h. 3/4 ; en moyenne, le phénomène se produirait entre 5 et 6 heures du matin.

Discutant ensuite le lieu de provenance de la chylurie, Siegmund met complètement hors de cause les reins pour les raisons suivantes : dans les formes graves observées sous les tropiques, on rencontre dans la vessie des concrétions d'albumine, de fibrine et de sang si denses et si volumineuses que leur expulsion par l'urètre entraîne des efforts et des souffrances considérables. Or, il est impossible d'admettre qu'un sang si riche en matières albuminoïdes ait traversé les reins sans déchirer ou obstruer les glomérules et les canalicules et sans amener la dégénérescence de ces organes. Silva Lima a vu une femme mourir à l'âge de 80 ans sans avoir jamais eu ni œdème ni accidents urémiques, bien qu'elle eût été affectée cinquante ans de chylurie. De plus, les quelques autopsies connues de chyluriques n'ont révélé aucune altération spéciale des reins. Enfin, dernier argument, l'urine chyleuse ne contient généralement pas d'éléments figurés venant du rein. Les faits contraires sur lesquels Wucherer s'appuie (existence de cylindres hyalins et de moules des canalicules) pour placer le siège de la maladie dans les reins sont des cas complexes d'hémato-chylurie endémique au Brésil ; d'ailleurs aucun d'eux n'a été l'objet d'une autopsie.

Toute participation active ou passive des reins dans la génèse de la chylurie étant repoussée, il ne reste à admettre qu'une rencontre for-

Digitized by Google

tuite, un mélange purement mécanique des deux courants de l'urine et de la lymphe chyleuse, sur un point des voies urinaires compris entre le bassinet et l'urètre. C'est l'opinion soutenue dès 1861 par Van Dyke Carter pour les faits où la chylurie se complique de varices lymphatiques et d'éléphantiasis. Une observation qu'Havelberg a publiée dans les *Archives de Virchow* vient aussi l'appui de cette manière de voir. Il s'agissait d'une jeune Allemande habitant le Brésil. Après avoir eu longtemps de violentes douleurs abdominales, elle éprouva un soulagement subit à la suite d'une sensation de craquement et de l'apparition d'urines chyleuses. Par l'urètre dilaté, il se fit ultérieurement un prolapsus vésical. En le réduisant, Havelberg put faire pénétrer une sonde dans l'uretère gauche. L'urine ainsi recueillie était complètement normale. L'autopsie de cette malade, qui ne put s'étendre aux reins, montra dans le ventre une grosse tumeur communiquant d'une part avec la vessie, d'autre part avec les lymphatiques et chylifères. La tumeur et la vessie présentaient de nombreuses loges toutes remplies par du chyle.

Il resterait à trouver le motif de la périodicité nocturne du phénomène; en l'absence de parasites, elle ne peut s'expliquer par le décubitus car Siegmund n'a jamais déterminé de chylurie chez son malade lorsqu'il l'endormait le jour au moyen de chloral.

Finalement, Siegmund est d'avis qu'il y a lieu de distinguer deux chyluries : l'endémique ou tropicale, et la chylurie-nostras ou indigène.

Senator a observé, il y a un an, un cas de chylurie chez un homme qui avait longtemps habité les Montagnes-Rocheuses (Etats-Unis), où les moustiques sont communs.

L'urine de ce malade n'était laiteuse que la nuit, tandis que le jour elle offrait seulement l'apparence trouble des urines uratiques. Le sang n'avait pas l'aspect graisseux ; il ne contenait pas de filaires, mais l'examen nocturne de ce liquide n'a été pratiqué qu'une fois sur l'heure de minuit.

L'urine renfermait de la graisse, de l'albumine et de la propeptone, sans trace de sucre.

Ewald pense que dans la chylurie indigène où l'on ne trouve pas de filaires, la périodicité nocturne peut s'expliquer de la façon suivante, comparable à ce qu'on observe dans certains cas de pneumothorax. Tant que la pression est considérable à l'intérieur des chylifères, elle maintient fermée la fistule ou la voie quelconque de communication avec les organes urinaires ; on comprend aussi pourquoi on n'a pas de chylurie pendant le jour, si les chylifères sont gorgés de liquide, tandis qu'à la fin de la période de digestion la tension intravasculaire diminuant, les lèvres de la fistule s'entr'ouvrent. Pour vérifier la valeur de cette opinion, il n'y aurait qu'à alimenter les malades exclusivement la nuit.

Litten, dans les 10 années qu'il a passées dans deux grands hôpitaux de Berlin et de Breslau, n'a vu qu'un cas de chylurie ; c'était en 1878, à la clinique de Frerichs. L'homme d'âge moyen était né dans une contrée marécageuse du Holstein et n'avait jamais été sous les tropiques. Mais il était atteint depuis longtemps de la fièvre paludéenne qui l'amenait à l'hôpital. Ses urines était alternativement normales et chyleuses ; ces dernières renfermaient de la graisse, de l'albumine, de la peptone, et pas de sucre.

Digitized by Google

On n'a noté aucune connexion entre le retour des accès fébriles et celui des urines chyleuses.

La quinine a supprimé les accès paludéens sans modifier la chylurie.

Virchow ne se rend pas compte de la voie que doit suivre le chyle pour arriver dans la vessie, car, en l'absence de communication directe entre les lymphatiques vésicaux et les lymphatiques intestinaux qui marchent en sens inverse, on est obligé d'admettre un courant rétrograde de chyle. D'autre part, l'absence constante de sucre dans les urines chyleuses est d'autant plus surprenante qu'on en trouve toujours dans le liquide de l'éléphantiasis lymphorragique.

Virchow croit que c'est toujours dans le sang qu'il faut chercher le point de départ des excrétions chyleuses, car le transport du chyle ne peut s'opérer sans son intermédiaire, sauf dans l'ascite chyleuse, où l'on observe des ruptures vasculaires produisant une lymphorragie directe.

La grosse difficulté est en effet de savoir comment la graisse peut parvenir dans la lymphe et si on n'admet pas que c'est par l'intermédiaire du sang.

Siegmund rappelle que Hoppe-Seyler ayant analysé le sang de la chylurique traitée par Eggel a trouvé que la proportion de matières grasses était au-dessous de la normale. Siegmund est d'avis que la présence des filaires dans la chylurie tropicale est accidentelle car elle n'est pas constante et d'autre part il y a des malades atteints de filaires qui n'ont pas d'urines chyleuses. Pour lui, ce parasite n'a de valeur étiologique que chez les malades où il occasionne de l'éléphantiasis lymphorragique ou quelque manifestation analogue. (*R. S. M.*, I, 566 ; II, 627 ; III, 242 ; V, 145 et 161 ; VIII, 526 ; IX, 614 ; XV, 53 ; XVII, 118, 138 et 143 ; XX, 590 à 592 ; XXI, 185 ; XXIV, 483.) J. B.

III. — Un enfant de 13 ans est admis le 10 novembre 1883 à l'hôpital pour un gonflement du ventre. De souche tuberculeuse, il a eu, quelques mois auparavant, de la bronchite et de la pleurésie sèche. Sa maladie actuelle date de quatre semaines ; après un frisson suivi de fièvre, il s'est aperçu que son ventre grossissait, en même temps que survenaient quelques troubles intestinaux. On constate en effet à son entrée de la tympanite et un certain degré d'ascite, un foie de volume moyen, plutôt un peu gros, et de la congestion pulmonaire de la base droite. Les jours suivants, ces symptômes s'accentuent : le ventre se distend de plus en plus et l'ascite est considérable. Le 7 décembre, une ponction donne issue à 12 pintes de liquide laiteux, légèrement alcalin, un peu salé au goût, de densité égale à 1020. Traité par l'éther, ce liquide donne un résidu presque exclusivement huileux ; laissé à lui-même, il se sépare en deux couches, l'huile surnageant sur le sérum. Microscopiquement, il renferme de nombreux leucocytes et quelques globules rouges ; en un mot, l'apparence histologique du chyle.

L'examen du ventre après la ponction fait découvrir une tumeur située profondément au-devant de la colonne vertébrale, à la hauteur de l'ombilic ; on diagnostiqua une hypertrophie des ganglions mésentériques comprimant le canal thoracique.

L'évolution du cas fut rapide. Il fallut faire une seconde ponction le 20 décembre, une troisième le 14 janvier, le liquide présentait toujours le caractère chyleux. L'analyse chimique donna les résultats suivants :

Eau	94,085 0/0
Substances solides	5,915 0/0
Inorganiques	0,995 0/0

Digitized by Google

Organiques.....	4,920 se décomposant ainsi:
Albumine.....	2,878 0/0
Graisse.....	1,030
Sucre.....	0,210
Autres matières organiques.....	0,802

Trois autres nouvelles ponctions furent ainsi faites jusqu'au 27 février, date de la mort de l'enfant, qui succomba avec des accidents de méningite tuberculeuse.

A l'autopsie, le péritoine, les intestins et tous les viscères abdominaux furent trouvés parsemés de granulations miliaires: la portion que l'on sentait, formant tumeur, était constituée par le repli péritonéal allant de l'intestin grêle au duodénum.

Le point intéressant de l'autopsie est l'état de canal thoracique, qui fut minutieusement disséqué par le professeur Redfern. Le tiers inférieur de ce conduit est considérablement dilaté; ses parois épaissies et sur quelques point recouvertes de granulations tuberculeuses. Tout à fait en bas de cette partie dilatée se voit une perforation du volume d'un pois, produite en un point où les parois du canal sont graduellement amincies; cette perforation n'a nullement les caractères d'une déchirure produite pendant les manœuvres de l'autopsie, et c'est par là, très certainement, que le chyle s'échappait du canal thoracique et se mêlait à la sérosité péritonéale.

La partie supérieure du canal, au contraire, était transformée en un cordon fibreux oblitéré, produit vraisemblablement par le dépôt, à sa surface, de granulations miliaires. Dès lors, la portion inférieure s'était trouvée distendue outre mesure par la lymphe et le chyle et s'était rompue, permettant le mélange de son contenu lactescent avec la sécrétion péritonéale.

Ce cas est en désaccord avec l'opinion soutenue par Debove et Letulle, à savoir que l'ascite chyleuse est liée à l'émulsion de la graisse formée par les globules blancs altérés, dans les péritonites chroniques, sans communication avec les voies lymphatiques. H. R.

IV. — Voici les conclusions du travail de Nativel.

La chylurie ou lymphurie appartient au groupe de maladies intéressant le système lymphatique dans les pays chauds (Réunion, Maurice, Indes, Egypte, Brésil, etc.). Elle paraît survenir de préférence chez les sujets ayant présenté les manifestations précoces de l'endémie lymphatique (varices lymphatiques), chez ceux dont l'organisme est débilité par l'impaludisme.

Le symptôme capital de la maladie est la lactescence des urines.

Parmi les théories émises pour expliquer cette affection, celles qui invoquent l'action nerveuse, la régurgitation de la lymphe par des anastomoses entre les vaisseaux mésentériques et les lymphatiques des voies urinaires, semblent insuffisantes, parce qu'elles ne reposent pas sur la constatation de faits anatomiques suffisamment nombreux et bien observés.

L'opinion d'Azéma, qui admet que la chaleur du climat, en alanguissant les principales fonctions, entrave l'hématose et amène au contraire une pléthore lymphatique, est peut-être plus plausible; mais l'auteur ne croit pas que cette diathèse lymphathique se constitue de toutes pièces sous la seule influence des conditions climatériques. Le fait fondamental de la chylurie tropicale est l'intoxication parasitaire, filarienne.

Par quel mécanisme la filaire du sang conduit-elle le malade à la

Digitized by Google

chylurie? Jusqu'ici on est réduit aux hypothèses. Il semble probable qu'il s'agit de véritables embolies parasitaires. L'accumulation des embryons de la filaire en un point des vaisseaux lymphatiques expliquerait la formation de dilatations lymphatiqnes rénales dont la rupture coïnciderait avec l'élévation de la pression dans cet organe.

Le traitement de la chylurie consiste dans l'émigration vers les pays non infectés, l'administration des toniques et des astringents.

H. R.

I. — **Zur Physiologie und Pathologie des Blutes** (**Étude physiologique et pathologique du sang**), **par H. QUINCKE** (*Deutsch. Arch. f. klin. Med. Band XXXIII, Heft* 1, *p.* 22).

II. — **Ueber Blutbildung in Lymphdrüsen** (**De l'hématopoièse dans les ganglions lymphatiques**), **par RINDFLEISCH** (*Berlin. klin. Woch., p.* 807, *décembre* 1884).

III. — **Note sur un cas de leucocythémie splénique, par C. GIRAUDEAU** (*Arch. de physiol.*, 15 *novembre* 1884).

IV. — **Verhalten der rothen Blutkörperchen bei der Pseudoleucœmie** (**Quantité des globules rouges dans la pseudoleucémie**), **par Richard GEIGEL** (*Deutsch. Arch. f. klin. Med. XXXVIII, Heft* 1 *et* 2, *p.* 59, 1885).

V. — **On idiopathic anœmia, par J. MUSSER** (*Philadelph. County med. Soc.*, 25 *février* 1885).

VI. — **Experimentelle Melanœmie und Melanose, par SCHWALBE** (*Berlin. klin. Woch., p.* 867, *décembre* 1884).

I. — Quincke donne de son travail le résumé suivant :

1° Le pigment (c'est-à-dire le fer) de la rate ou de la moelle des os n'a de signification que lorsqu'il existe en quantité très abondante ou au contraire très faible.

a) La richesse en fer indique une destruction abondante des globules rouges; on ne peut fixer pour l'homme aucune durée certaine pour cette destruction. D'après les recherches faites sur les chiens, l'état de sidérose (c'est-à-dire de mélanose hématique de la moelle des os) a déjà sensiblement diminué au bout de 5 ou 6 mois; il commence quelques semaines après la destruction des globules. La rapidité de la rénovation sanguine exerce naturellement une certaine influence sur la durée de ces états. On le constate après des maladies fébriles de longue durée, et peut-être plus facilement lorsqu'il existait un véritable état de pléthore.

b) La présence du fer en quantité faible ou même son absence totale peuvent être dues à l'intensité de l'hématopoièse après des pertes sanguines uniques ou répétées. Des pertes humorales longtemps prolongées peuvent avoir le même résultat, de même certains troubles de la nutrition, de telle sorte qu'à un moment donné la réserve physiologique du fer se trouve dépensée. Toutes choses égales d'ailleurs, les personnes qui ont une faible provision de fer dans la rate ou la moelle des os supportent vraisemblablement moins bien les pertes de sang que les autres. Cela se voit chez les individus très jeunes ou très vieux et chez les gens obèses chez lesquels les tissus hématopoiétiques sont remplacés en grande partie par de la graisse.

2° La présence de leucocytes chargés de fer dans les capillaires du

Digitized by Google

foie indique certainement la destruction dans la rate et la moelle des os des globules rouges. A l'état normal ils sont très rares. Dans les expériences faites sur les animaux, la présence de ces leucocytes sert de point de repère assez précis au point de vue de l'époque de la destruction des globules : ils disparaissent, en effet, plus rapidement que l'état de sidérosis pigmentaire de la rate et de la moelle des os (en 2 ou 3 mois). Cela est vrai surtout des petits globules chargés de fer; les cellules géantes chargées de granulations ferrugineuses persistent au contraire plus longtemps. Il est impossible de fixer le minimum de temps nécessaire pour la constitution de ces cellules pigmentaires. D'après les recherches de G. Peters sur la gastroentérite des enfants, trois jours semblent suffire. Cela demande confirmation; il n'est pas certain, en effet, qu'il n'existait pas de troubles antérieurs de la santé.

3° La réaction du fer dans les cellules du foie démontre, quand elle ne dépasse pas des proportions physiologiques, que la destruction des globules rouges a pris dans les dernières semaines une intensité plus grande. Le fer est sans doute apporté au foie sous forme d'hémoglobine, cela tout au moins dans les cas de pure sidérosis des cellules hépatiques. Le fer peut être transporté en partie aussi des leucocytes pigmentés accumulés dans les capillaires aux cellules avoisinantes. Sans doute les troubles de sécrétion cellulaire ont un certain rôle dans la sidérosis du foie chez l'homme : en effet, chez les animaux sains, cet état peut se rencontrer dans des conditions d'afflux de sang très modéré.

De nouvelles recherches sont du reste nécessaires pour déterminer quelles sont les conditions dans lesquelles le fer se dépose dans les capillaires du foie et dans les cellules hépatiques.

4° D'après les recherches faites jusqu'à présent, les cellules épithéliales de l'écorce du rein chez l'homme ne renferment de fer que lorsqu'il s'est fait une destruction abondante des globules rouges et que le dépôt pigmentaire s'est déjà produit dans d'autres organes. Il faudrait ici encore faire intervenir d'autres conditions (la sécrétion). Le dépôt du fer vers la base des cellules semble indiquer un séjour plus prolongé de ces granulations dans ces cellules (à peine plus de quelques semaines, cependant).

Dans d'autres organes (pancréas, glandes salivaires, corps thyroïde, épithélium des plexus choroïdes, muscle cardiaque), le fer semble rarement provenir en notable quantité de la destruction des globules rouges.

A. MATHIEU.

II. — On peut démontrer la genèse des hématoblastes à noyau non seulement dans la rate et la moelle osseuse, mais aussi parfois dans les ganglions. Ainsi, chez un garçon de 13 ans ayant succombé à une arthrite tuberculeuse du genou qui avait duré des années, la rate, de couleur normale et manifestement hypertrophiée, n'était pas amyloïde; tous les os contenaient une moelle rouge vif, riche en hématoblastes, et les ganglions iléo-cœcaux et cervicaux avaient le double de leur volume habituel, une coloration framboisée, et renfermaient de nombreux hématoblastes dans leur parenchyme, ainsi que dans les lymphatiques émergeant de leur hile. La même formation métaplasique de tissu splénique se voyait dans le hile d'un des reins où, sur de grands espaces, le tissu graisseux était converti en tissu hématoblastique.

Digitized by Google

Dans un autre cas, où la présence d'hématoblastes était également manifeste dans les ganglions à l'état frais, après durcissement et coloration à l'hématoxyline, la substance des divers lobules périphériques ou renflement terminaux offrait une alternance de places rouges et blanches, celles-ci formant des îlots enchâssés dans la substance rouge et rappelant à première vue les rapports des corpuscules de Malpighi avec la pulpe splénique.

Tandis que la structure de la rate se caractérise par la juxtaposition très nette d'un parenchyme artériel et d'un parenchyme veineux, à l'état normal, les ganglions lymphatiques sont uniquement formés d'un parenchyme artériel. Dans le cas présent, c'est le reste du tissu ganglionnaire non transformé en parenchyme veineux qui correspond aux corpuscules de Malpighi. Du côté veineux, le contenu du réticulum représente le contenu de la pulpe splénique : des hématoblastes en grand nombre avec des globules rouges et blancs remplissent les mailles du réticulum, qui, au lieu des filaments ténus et arrondis du réseau lymphatique, se compose de fibres allongées brillantes. Ces fibres deviennent semblables à des ligaments et à des membranes et réunies en faisceaux elles s'appuient sur le système de cloisons qui traverse la glande et rayonne vers la capsule. Les veines qui parcourent l'intérieur des cloisons épaissies participent aussi à cette dilatation et deviennent semblables aux veines de la rate. Seuls les capillaires n'ont pas entièrement pris le caractère des canaux de la pulpe splénique. Ils parcourent la trame à grosses mailles de cette pseudo-pulpe comme des vaisseaux très dilatés et couverts de cellules. L'unique point qui les différencie des canaux de la pulpe splénique, c'est qu'ils ont une membrane limitante, très perméable à la vérité, mais continue.

Les sinus marginaux des lobules ganglionnaires prennent part à l'hypertrophie et à la dilatation du réticule veineux et sont, comme lui, remplis d'hématoblastes.

L'arrêt de la circulation de la lymphe dans les ganglions ainsi altérés fait comprendre pourquoi les canaux de la pulpe splénique, ainsi que les veines de la moelle osseuse, n'ont pas de parois closes. Comme ces deux organes ne présentent pas, à l'état normal, de voies lymphatiques, les cellules formées en excès par le parenchyme hématoblastique n'ont d'autre issue que par les veines, organisées de façon à leur permettre la libre entrée dans la circulation sanguine. J. B.

III. — L'attention de Giraudeau s'est arrêtée particulièrement sur deux points :

1° Sur la présence dans le sang leucocythémique de globules rouges à noyau et de granulations de nature indéterminée.

2° Sur les modifications quantitatives de l'acide urique éliminé.

Relativement à ce dernier point, l'auteur a noté que la quantité d'acide urique excrétée dans les vingt-quatre heures est restée sensiblement normale pendant la première période de la maladie, tandis que dans la dernière période elle s'est élevée notablement. C'est vraisemblablement à la cachexie, à l'état languissant de la nutrition et à l'imperfection des combustions que l'on doit la transformation incomplète des substances azotées en urée et l'augmentation progressive du taux de l'acide urique.

A. GILBERT.

Digitized by Google

IV. — Geigel a fait la numération des globules rouges à l'aide d'un appareil de Zeiss chez un enfant de 12 ans, qu'il considérait comme atteint de pseudoleucémie à forme ganglionnaire. Il y avait surtout une masse ganglionnaire lobulée de la région carotidienne qui refoulait la trachée du côté opposé; les ganglions étaient augmentés de volume dans les autres régions, ainsi que dans le thorax et l'abdomen, ainsi qu'on l'a vu à l'autopsie. La rate mesurait 13 centimètres sur 6, 8. Le chiffre des globules rouges, par millimètre cube, s'était abaissé à 2,500,000 environ deux mois avant la mort. Les jours qui ont précédé la mort, ce chiffre est tombé à 1,200,000 environ. Il n'y avait pas augmentation du nombre des globules blancs. A. M.

V. — Le mémoire de Musser contient trois observations inédites d'anémie pernicieuse progressive, avec examens du sang et autopsies. De plus, il présente le relevé, sous forme de tableaux, des 39 cas du même genre actuellement publiés en Amérique. Dans onze de ces cas, la moelle des os a été examinée et trouvée 2 fois saine, 9 fois malade. A. CHAUFFARD.

VI. — Lorsqu'on introduit sous la peau ou dans l'estomac de lapins une solution de sulfure de carbone, on voit, au bout de 4 à 8 semaines, survenir de la mélanose. Le sang, notamment le sang splénique, est riche en granulations de pigment; il en est de même de la rate, des reins, du poumon, de l'écorce du cerveau, de la moelle des os, du foie et, à un moindre degré, de la moelle épinière et du corps thyroïde. Le cœur, en dégénération graisseuse très accusée, renferme beaucoup d'extravasats sanguins et de pigment. La quantité totale de sulfure de carbone employée était de 8 à 9 centimètres cubes; généralement on injectait, en 1 heure, de 1 à 4 centimètres cubes d'une solution huileuse à 10 0/0.

On obtient des résultats tout à fait analogues, lorsqu'on se sert d'une solution huileuse d'oxysulfure de carbone. A l'autopsie, mêmes lésions que chez les hommes ayant succombé à de la mélanose paludéenne. J. B.

I. — **Deux cas de maladie d'Addison, par DEMIÉVILLE** (*Revue méd. de la Suisse romande, IV, p.* 489).

II. — **Ueber anatomische Veränderungen bei Morbus Addisonii, par JUERGENS** (*Berlin. klin. Woch., p.* 824, *décembre* 1884, *et p.* 222, *avril* 1885).

III. — **On Addison's disease, par BEDFORD FENWICK** (*Brit. med. journ., p.* 245, *février* 1886).

IV. — **Zur Pathologie des Morbus Addisonii, par NOTHNAGEL** (*Zeitsch. f. klin. Med. IX, Heft* 3-4, *p.* 195, 1885).

V. — **Ueber Pigmentzellen bei den Addisonkrankheit (Des cellules à pigment de la maladie d'Addison), par RIEHL** (*Soc. des méd. de Vienne*, 19 *juin* 1885).

VI. — **Ein Beitrag zur Symptomatologie des Morbus Addisonii, par HUBER** (*Deutsche med. Woch., n°* 38, 1885).

I. — Demiéville a recherché si le pigment de la peau bronzée offrait au microscope les mêmes caractères que les taches pigmentaires ordinaires (lentigo, nævus, éphélides) qu'il a étudiées dans sa thèse (*R. S. M.* XVIII, 185). Il a constaté que l'analogie est complète aussi bien pour le mode de répartition que pour la nature du pigment.

Digitized by Google

Le dépôt de pigment est toujours accompagné d'une altération des vaisseaux consistant en une infiltration de noyaux et de cellules dans l'adventice et le voisinage immédiat des vaisseaux.

Les altérations dans les portions de la peau à coloration uniforme et dans les taches plus foncées ne présentent que des différences de degré. Dans le premier cas, le pigment siège presque uniquement dans les couches profondes du corps muqueux de Malpighi, à part des granules isolés venant parfois jusque dans les couches les plus superficielles de l'épiderme ; il est rare qu'on trouve alors du pigment dans les papilles du chorion.

Dans les taches, au contraire, le derme en contient des quantités souvent considérables, surtout dans ses papilles, mais aussi jusque dans ses couches profondes. De plus, le pigment arrive souvent jusque dans la couche cornée.

Les lymphatiques n'offrent aucune altération.

L'épiderme n'est pas épaissi.

II. — Dans tous les cas de maladie d'Addison, les plexus terminaux des nerfs de l'intestin sont intacts; dans quelques cas, il y a une forte dégénération des cellules ganglionnaires du plexus solaire. Mais ce qui est constant, c'est la dégénération grise des fibres à myéline des nerfs splanchniques. Donc le siège vrai de la maladie est, en général, dans les troncs nerveux des splanchniques. La dégénération de ces nerfs peut être considérée comme protopathique. On observe alors une atrophie simple, mais considérable, des capsules surrénales, sans phénomènes inflammatoires, ni dans ces capsules, ni dans les organes voisins.

Mais ce qui est beaucoup plus commun, c'est l'affection deutéropathique des splanchniques, conséquence d'une affection primitive des capsules surrénales ou du pancréas. Alors les troncs nerveux des splanchniques sont intacts, et il n'y a ni teinte bronzée de la peau, ni autres phénomènes du mal d'Addison. J. B.

III. — L'auteur a eu l'occasion d'observer un cas type de maladie d'Addison, chez un laboureur de 33 ans, qui débuta par des vomissements, de l'asthénie, de la céphalée, puis devint mélancolique et soporeux, et finalement succomba dans un état cachectique, sans avoir présenté aucune lésion apparente organique, sauf un léger degré d'albuminurie. Ce malade, pendant sa maladie, avait offert cette particularité remarquable, qu'en aucun point du corps les téguments n'étaient bronzés. A l'autopsie, les capsules surrénales étaient translucides dans leur portion corticale, caséeuses dans leur portion médullaire : il n'y avait de tubercules nulle part.

A propos de ce cas, l'auteur recherche quelle est la cause de la coloration bronzée, et il analyse à ce point de vue toutes les observations publiées dans les Transactions de la Société pathologique. Les conclusions auxquelles il aboutit sont les suivantes :

L'âge moyen de la mort dans la maladie d'Addison est de 30 à 35 ans; les hommes sont beaucoup plus frappés que les femmes. Les cas qui s'accompagnent de coloration bronzée sont ceux qui durent trois ans et plus : ceux chez lesquels ce symptôme manque sont ceux qui meurent vite, en quelques mois, d'asthénie progressive.

Les symptômes constitutionnels de l'affection sont probablement dus à la dégénération de la portion médullaire des capsules surrénales, qui, comme on le sait, sont presque exclusivement des ganglions nerveux du

Digitized by Google

sympathique : la couleur bronzée de la peau tiendrait à l'extension des lésions à la couche corticale. H. R.

IV. — Nothnagel étudie dans ce mémoire deux des symptômes de la maladie d'Addison, la coloration bronzée de la peau et l'anémie :

1° Il ne croit pas que la coloration bronzée de la peau soit due à l'hyperchromie des cellules du réseau de Malpighi. Il a, en effet, trouvé dans le chorion des cellules ramifiées et colorées qui semblent le principal agent de la pigmentation. Ces cellules sont plus ou moins nombreuses, suivant l'intensité de la coloration ; elles occupent les parties les plus superficielles du chorion et, en particulier, la couche papillaire. Elles sont extrêmement abondantes autour des petits vaisseaux. Pour Nothnagel, c'est à une migration de ces cellules qu'est dû le transport du pigment au réseau de Malpighi.

Mais faut-il admettre que ces cellules fabriquent directement le pigment par transformation de leur protoplasma? Il semble plus probable, si l'on tient compte de leur entassement autour des vaisseaux, qu'elles l'empruntent directement au sang. La teinte jaune brun qui se retrouve dans la coloration bronzée vient encore à l'appui de cette origine du pigment.

Il est impossible de dire exactement comment se produit la sortie du pigment. Sort-il isolément ou par diapédèse des globules rouges? Il y a probablement là une influence nerveuse placée sous la dépendance du grand sympathique. Beaucoup d'auteurs croient, en effet, aux altérations de système du grand sympathique dans la maladie d'Addison.

La coloration qui survient dans d'autres affections que la maladie d'Addison (puerpéralité, tuberculose, cancer) tient aussi, d'après les recherches de Nothnagel, à la présence de cellules pigmentaires dans le chorion. Celles-ci se retrouvent ainsi à l'état physiologique chez les nègres ; chez les blancs, on peut les voir dans les régions fortement pigmentées, en particulier sur le scrotum ;

2° L'anémie de la maladie d'Addison est, d'après Nothnagel, tout à fait différente des autres anémies. C'est, en réalité, plutôt de l'asthénie, de l'adynamie, que de l'anémie proprement dite. En consultant les observations, on voit que la pâleur manque souvent ; les souffles cardiaques et vasculaires sont très rares ; les manifestations hydropiques sont également exceptionnelles ; enfin l'examen du sang ne révèle pas d'altération. L'anémie est donc loin d'être un symptôme essentiel ; elle n'est très intense que dans le cas de complications. M. DEBOVE.

V. — Nothnagel, étudiant la peau dans la maladie d'Addison, a décrit des cellules pigmentaires situées dans la couche papillaire, mais aussi dans les couches profondes du derme et spécialement autour des vaisseaux. Il pense que le pigment qui charge ces cellules vient du sang, mais ignore par quel procédé.

C'est ce dernier point que Riehl cherche à résoudre par l'examen de la peau de quatre sujets atteints de maladie d'Addison.

Il trouve la tunique adventice des vaisseaux du derme très riche en cellules et fait la même constatation sur les vaisseaux du tissu cellulaire sous-cutané. Parmi ceux-ci, les plus grosses artères offrent un épaississement de la tunique moyenne, un état granuleux des fibres lisses avec multiplication de leurs noyaux ; dans l'adventice, il constate des globules

Digitized by Google

rouges isolés ou formant des amas volumineux. C'est au voisinage de ces foyers hémorragiques qu'on trouve les cellules migratrices pigmentaires. Tel est le mécanisme du passage du pigment d'origine vasculaire dans les éléments de la peau. L. GALLIARD.

VI. — Huber signale chez un sujet de 49 ans la pigmentation de la conjonctive bulbaire coïncidant avec les signes de la maladie d'Addison. C'est un phénomène exceptionnel dans cette affection. Ici les taches se présentent sous forme de petits points situés à quelques millimètres de la cornée et siégeant non pas dans la sclérotique, mais très nettement dans l'épaisseur de la conjonctive. L. GALLIARD.

I. — Note sur un cas d'hémophilie, par VULPIAN (*Revue de médecine, février* 1886).

II. — Zur Œtiologie des Petechialfiebers (Purpura hæmorrhagica) (Etiologie de la fièvre pétéchiale), par H. REHNER (*Arch. f. experim. Pathol. XIX, Heft* 6, *p.* 415).

I. — Vulpian publie sous ce titre l'observation d'un hémophile dont l'histoire clinique s'éloigne assez de celle des hémophiles vulgaires; chez lui, en effet, il n'existait pas d'antécédents héréditaires ; dans son enfance, il avait eu divers accidents scrofuleux, entre autres une ostéite du cinquième métatarsien gauche et des adénites cervicales. A seize ans, colique de plomb consécutive à l'emploi de céruse exigé par sa profession de peintre; depuis cette époque les coliques ont reparu plusieurs fois. A vingt ans, le malade contracte un chancre induré pour lequel il est soigné au Midi pendant cinq semaines.

A neuf ans, à la suite d'une chute, hématémèse abondante; à dix-sept ans, pour la première fois apparaît une épistaxis qui depuis lors s'est répétée un grand nombre de fois. Après l'apparition des coliques et de la syphilis, la fréquence et l'abondance des hémorragies nasales et buccales augmente considérablement, un état cachectique apparaît vers l'âge de trente ans et la mort arrive dans le cours d'une épistaxis que l'on n'aura probablement pas pu arrêter Le nombre des globules rouges quelque temps avant la mort était de 153,375 par millimètre cube et celui des globules blancs donnait la proportion de 1 pour 127 globules rouges. Vulpian croit que la scrofule, le saturnisme et la syphilis sont pour beaucoup dans la détérioration de l'organisme de cet individu et ont préparé le terrain à l'hémophilie en altérant la constitution du sang et la structure des parois vasculaires. C. GIRAUDEAU.

II. — Rehner relate l'observation clinique d'un enfant de 8 ans, dont la maladie débuta le 25 juin 1884 par de la céphalalgie, de l'anorexie, des vomissements. Deux jours plus tard, douleurs dans le cou, dysphagie, dyspnée, prostration. Entrée à l'hôpital le 1er juin. A première vue, on est frappé par la présence de taches de purpura sur toute l'étendue du tégument externe. Elles étaient surtout confluentes au cou et sur les membres. Les amygdales étaient gonflées et recouvertes par une membrane en état de nécrose. Les ganglions sous-maxillaires et les cervicaux étaient fortement engorgés et endoloris. Pas d'altération des gencives imputable au scorbut. L'urine, peu abondante, ne charriait pas d'albumine. Température 39 à 40°. Dans les jours qui suivirent, les amygdales manifestèrent une grande tendance aux hémorragies. Le malade, à la suite de crises d'étouffement, expectora à plusieurs reprises des masses gélatiniformes et des fragments de tissu nécrosé. Persistance de la fièvre (jusqu'à 40°, 4). Apparition de nouvelles taches de purpura. Epanchement de liquide dans les cavités séreuses. L'enfant succomba le 5 juillet. A l'autopsie on constata l'existence d'une gangrène profonde des amygdales et de la muqueuse du pharynx ; les gencives étaient intéressées à un degré beaucoup

Digitized by Google

moindre à ce travail de gangrène. Nombreux foyers d'hémorragie dans la peau, dans les plèvres, dans les poumons, dans l'endocarde, le péricarde, le myocarde, dans la muqueuse et la paroi de l'œsophage, dans le diaphragme, dans le foie, dans les reins et leur capsule, dans la muqueuse de la vessie, dans les testicules, dans la muqueuse de l'estomac, du gros intestin. Foyers moins nombreux dans les méninges. Tuméfaction énorme de la rate (13 1/2 cent. sur 6 1/2). Légère tuméfaction des follicules de l'intestin, des ganglions trachéaux, bronchiques, mésentériques et rétro-péritonéaux. Dans le sang recueilli sur le cadavre, l'examen microscopique décela des coccus petits, arrondis, disposés pour la plupart en chaînettes, lesquelles affectaient une grande ressemblance avec celles qu'on voit se former dans la gélatine de culture, ensemencée avec des fragments de membranes diphtéritiques. Les mêmes coccus ont pu être retrouvés sur des coupes provenant d'organes divers, reins, ganglions cervicaux, rate, ou ils obstruaient le plus souvent des capillaires et des petits vaisseaux. Ces coccus n'ont pas pu être constatés d'une façon très nette sur des coupes provenant de la peau. L'examen des amygdales n'a pas pu être fait. Point d'autres micro-organismes.

Les coccus en question ont pu être obtenus à l'état de cultures pures : des inoculations pratiquées sur deux souris, à la racine de la queue, n'ont donné que des résultats négatifs. L'auteur est convaincu néanmoins que les coccus, qu'il a réussi à isoler par voie de culture, étaient dans un rapport étroit avec la maladie qui a emporté le sujet de l'observation rapportée plus haut, et que les taches de purpura en particulier étaient constituées par des embolies capillaires avec hémorragie consécutive, formées par des agrégats de coccus trop volumineux pour traverser les vaisseaux de très petit calibre. E. R.

Weitere Untersuchungen über die Malaria-infection (Nouvelles recherches sur la malaria), par MARCHIAFAVA et CELLI (*Fortschritte der Medicin*, n° 24, 1885).

Dans un précédent travail (*R. S. M.*, t. XXVI, p. 540), Marchiafava et Celli ont étudié le microorganisme de la malaria et les altérations particulières des globules sanguins déterminées par la présence de ce parasite. Ils complètent aujourd'hui leurs travaux, et leurs nouvelles recherches viennent confirmer ce qu'ils avaient avancé. On peut en quelques lignes résumer leurs résultats définitifs : il existe, dans le sang d'individus atteints récemment d'impaludisme, des microorganismes spéciaux qui se trouvent contenus dans l'intérieur des globules sanguins; ces « plasmodies » ou « hémoplasmodies » de la malaria, ainsi qu'ils dénomment ces organismes, sont doués de mouvements amiboïdes assez actifs, ainsi qu'ils l'avaient précédemment indiqué ; ils se laissent colorer assez facilement.

Dans l'intérieur de ces microorganismes se trouvent fréquemment des particules de pigment, résultat de la transformation de l'hémoglobine en mélanine; cette particularité constitue la malaria avec ou sans mélanémie, la première variété étant la forme de beaucoup la plus grave. Ces hémoplasmodies se divisent en petits corpuscules, s'agglomérant les uns aux autres, qui, s'ils ne possèdent pas de mouvements amiboïdes, sont néanmoins semblables aux corpuscules non pigmentés qu'on trouve dans l'intérieur des globules rouges.

Que les hémoplasmodies contiennent ou non des particules pigmentaires, leur division en corpuscules secondaires se produit toujours, et il est vraisemblable d'admettre que ce processus se passe également dans l'intérieur de l'organisme humain.

Digitized by Google

Ces microorganismes se séparent bien nettement des schizomycètes, et il faudrait les placer, suivant Marchiafava et Celli, dans la classe des monères de Hæckel. S'il n'existe pas dans la pathologie humaine ou dans celle des animaux supérieurs d'exemples de pareils microorganismes producteurs de maladies, on en trouve cependant dans la pathologie des plantes; Woronin a signalé une maladie des Brassicées, de la famille des Crucifères, déterminée par une plasmodie, qui, sous forme d'une petite masse de plasma, pénètre dans les racines de la plante, se transforme en plasmodie et se divise plus tard en corpuscules ou spores. De tels exemples, disent les auteurs, ne seraient point rares à trouver, et il serait faux de supposer que les schizomycètes seuls soient capables de déterminer des maladies infectieuses.

Il faut signaler cependant quelques desiderata dans l'œuvre complète et originale des auteurs italiens; c'est d'abord le résultat négatif fourni par les essais de culture; c'est enfin l'absence, jusqu'à présent, constatée de ces microorganismes dans l'air, dans le sol des contrées et régions où sévit la malaria.

Cette affection, ainsi que l'avaient déjà montré Marchiafava et Celli, est transmissible d'homme à homme par des injections dans les veines de sang impaludique; ce qui vient confirmer cette proposition, c'est que non seulement les allures cliniques de la maladie expérimentale sont semblables à celles de la maladie productrice, mais qu'encore on constate dans le sang les altérations suivantes : au début, on retrouve dans les globules rouges les hémoplasmodies, qui bientôt se multiplient, puis qui diminuent rapidement de nombre, deviennent immobiles et enfin disparaissent avec la défervescence de la maladie et sous l'influence du traitement spécifique. W. OETTINGER.

Ueber die Entstehung des Acetons (Genèse de l'acétone), par ROSENFELD (*Deutsche med. Woch.*, *n*° 40, 1885).

L'auteur a constaté chez trois diabétiques la production d'une acétonurie intense sous l'influence de l'alimentation exclusive par les albuminoïdes; il suffisait de quatre ou cinq heures pour mettre en évidence la réaction caractéristique.

En soumettant au même régime (œufs, viande et café noir) trois individus sains, il a vu également se manifester, mais au bout de 48 heures seulement, l'acétonurie.

Si la diète albumineuse fournit ce résultat, est-ce parce qu'elle agit en diminuant l'alcalinité du sang, en introduisant dans l'organisme des principes acides? Non, dit l'auteur, car un sujet nourri de substances hydrocarbonées en y ajoutant 3 grammes d'acide chlorhydrique, c'est-à-dire en acidifiant son organisme aussi bien que par la diète albumineuse, n'a pas d'acétonurie; et inversement si l'on neutralise au moyen du bicarbonate de soude l'acidité due à la diète albumineuse, l'acétonurie persiste. L'acétonurie ne provient donc pas des principes acides suscités par l'albumine.

L'acétone n'a pas pour origine les substances hydrocarbonées, car l'alimentation par ces substances a fait cesser, sous les yeux de l'auteur, l'acétonurie; et même leur mélange avec les albuminoïdes produit un résultat analogue.

Digitized by Google

Dans le diabète, la courbe de l'acétonurie est exactement parallèle à celle des ingestions d'albumine.

Dans la fièvre, où le chiffre élevé de l'urée prouve l'accroissement de la destruction des albuminoïdes, l'acétonurie se manifeste. L. GALLIARD.

I. — Gout in its clinical affects, par J. MORTIMER GRANVILLE (*London, in-8° de 307 pages*, 1885).

II. — A treatise on gout, rheumatism and the allied affections, par PETER HOOD (*London*, 1885).

III. — Gout, its relations to diseases of the liver and kidneys, par ROBSON ROOSE (*Ibidem*, 1885).

Trois volumes récents sur la goutte viennent de paraître en Angleterre, qui méritent une rapide analyse.

I. — L'ouvrage de Granville repose sur la donnée que l'acide urique est toute la goutte, et que c'est le dépôt d'urate de soude qui cause tout le mal. Il n'accepte même qu'avec réserve le danger de l'uricémie : pour lui, l'acide urique ne devient nuisible que quand il se dépose dans les tissus : ne sont goutteux que ceux qui sont aptes à faire des tophus. Quant à l'accroissement de l'acide urique, l'auteur est tenté de le mettre sur le compte d'un vice d'assimilation du foie, plutôt que d'un défaut d'excrétion du rein. Il s'ensuit que le meilleur traitement devrait consister à éliminer les urates par les reins ou par la peau ; mais l'auteur qui sait les inconvénients des purgatifs drastiques et des diaphorétiques, conseille comme moyen terme des boissons chaudes additionnées de chlorate de potasse. Il se montre l'ennemi du colchique et lui préfère l'iodure de potassium : et comme il considère que l'accumulation de l'acide urique provient du défaut de fonctionnement du foie par suite du manque de sels biliaires, il administre dans l'intervalle des accès le taurocholate et le glychocolate de soude : médication bizarre qui n'a pas pour elle la sanction de la clinique.

II. — Le traité de Hood est moins empreint de spéculation théorique, et repose davantage sur l'observation des faits. L'auteur montre d'abord que la goutte est une maladie en croissance en Angleterre (238 morts en 1859 — 393 en 1868), et les tableaux de mortalité mettent bien en évidence la prédominance de la maladie pour le sexe masculin (4,583 hommes pour 1,040 femmes).

Loin de croire, comme Granville, que la goutte urique est la seule forme de la maladie, l'auteur croit à la relation des dermatoses avec la goutte, et au danger grave de supprimer brusquement les dermatoses goutteuses ; mais il est peu explicite sur les manifestations viscérales de la goutte. Pour lui, notamment, les symptômes cardiaques ne dépendent pas d'une forme de goutte viscérale, mais de la congestion des autres organes, notamment du foie et des reins. La notion de l'endartérite goutteuse et de ses conséquences n'est pas indiquée suffisamment. Comme traitement, il reconnaît l'efficacité du colchique, mais le regarde comme très dangereux, plus dangereux que la goutte elle-même : ainsi a-t-on dit du mercure dans la syphilis.

III. — L'ouvrage de Robson Roose est un bon résumé de nos connaissances actuelles sur la goutte. L'auteur s'y montre partisan convaincu

Digitized by Google

du rôle que joue le foie dans la détermination des manifestations goutteuses : pour lui, la glande hépatique est primitivement en cause, le rein n'est intéressé que secondairement. Du reste les idées de Garrod se retrouvent ici prédominantes, c'est toujours l'urate de soude qui est la source du mal, et c'est l'insuffisance de l'élimination de cette substance par le rein qui devient la cause occasionnelle de l'accès. Les symptômes nerveux de la goutte sont la conséquence de l'action de l'acide urique sur les centres nerveux, et non, comme le pense Dyce Duckworth, la cause première de l'accès articulaire.

Au point de vue thérapeutique, Roose se montre partisan du colchique sans restriction. H. R.

Résultats de l'application de la méthode pour prévenir la rage après morsure, par PASTEUR (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 2e *série*, *tome XV*, *n*° 9).

L'auteur donne le résultat de 350 inoculations préventives pratiquées par lui, d'octobre 1885 à février 1886. Parmi les sujets qui lui ont été présentés, les uns avaient été cautérisés plus ou moins longtemps après l'accident, les autres n'avaient été soumis à aucun traitement. Le siège des morsures était également très variable. Sur ce total de 350 personnes traitées par Pasteur, une seule a succombé à la rage. C'est une petite fille de 10 ans, mordue le 3 octobre 1885 au creux de l'aisselle et à la tête. Ce n'est que 37 jours après qu'elle fut soumise aux inoculations. La mort survint le 3 décembre, seize jours environ après la fin du traitement. Des inoculations pratiquées sur des lapins avec de la matière cérébrale de cette enfant ont déterminé chez eux la rage paralytique au bout de 18 jours. Après la mort de ces lapins, leur moelle allongée fut inoculée à des nouveaux lapins qui prirent la rage après une durée d'incubation de quinze jours. Pasteur conclut de ces faits que la mort de l'enfant était bien réellement due au virus du chien par lequel elle avait été mordue.

Si, en effet, elle avait été le résultat des inoculations préventives, la durée de l'incubation de la rage chez les derniers lapins aurait été de sept jours au plus au lieu de quinze.

La conclusion générale de l'auteur est que la prophylaxie de la rage après morsure est désormais fondée, et qu'il y a lieu de créer un établissement vaccinal contre cette maladie.

Depuis la publication de cette note, le nombre des malades traités a dépassé quatorze cents. GASTON DECAISNE.

Ueber einen Modus von Impftuberculose (Inoculation tuberculeuse), par Ed. LEHMANN (*Deutsche med. Woch.*, *n*° 9 *et suiv.*, *p.* 144, 1886).

A Rjeshiza (Russie), dix enfants israélites ont été atteints, pendant l'année 1879, immédiatement après la circoncision, d'accidents qu'on attribua d'abord à la syphilis. Dix jours environ après cette opération, on voyait survenir sur la plaie de petites ulcérations qui finissaient par en recouvrir toute la surface; les ganglions inguinaux se gonflaient et souvent s'abcédaient. La tuméfaction gagnait ensuite d'autres ganglions. Comme la roséole faisait défaut et que le traitement mercuriel n'avait aucune action sur la maladie, l'auteur songea à la tuberculose : il découvrit alors que la succion du prépuce avait été pratiquée chez les enfants par un opérateur âgé de 49 ans et affecté de tuberculose avancée (caverne au sommet droit). Trois enfants seulement ont

Digitized by Google

survécu. Les autres ont succombé au bout de quelques mois soit à la suite des suppurations multiples, soit à la suite de méningite tuberculeuse.

L'auteur insiste sur l'importance des excoriations cutanées, de l'eczéma, de l'impétigo des enfants comme portes d'entrée du bacille tuberculeux. Les bacilles pénètrent par les lymphatiques, et c'est dans les ganglions qu'on les trouve d'abord. La tuberculose inoculée paraît plus grave que la tuberculose spontanée. Jusqu'à l'âge de 15 ans, la tuberculose pulmonaire est relativement rare, car les bacilles habitent le système lymphatique plutôt que les poumons. L. GALLIARD.

I. — **Beobachtungen über die Incubationsdauer bei Pocken (Durée d'incubation de la variole), par EICHHORST** (*Deutsch. med. Woch., p.* 37, 1886).

II. — **De la transmission de la variole au début de la période d'éruption de cette maladie, par LANCEREAUX** (*Bull. de l'Acad. de méd., 2e série, t. XIV n°* 36).

III. — **Plötzliche beiderseitige Erblindung durch Variola (Cécité soudaine dans la variole), par RIEDL** (*Wien. med. Presse, n°* 11, 1885).

IV. — **On some chronic nervous sequelæ of smallpox (Troubles nerveux consécutifs à la variole, relatifs surtout à la parole), par WHIPHAM et MYERS** (*Brit. med. journ., p.* 584, *mars* 1886).

V. — **Complications du côté des organes des sens dans le cours des oreillons, par FOURNIÉ** (*Arch. de méd. et de pharmacie militaires, mars* 1885).

VI. — **Ueber Rötheln, par KLAATSCH** (*Zeitsch. f. klin. Med., Band X, Heft* 1, *p.* 1, 1885).

VII. — **Rötheln, par G. BYRD HARRISON** (*The Americ. journ. of obstetrics, juillet* 1885).

I. — Chez un médecin et deux étudiants en médecine atteints de variole, l'auteur a pu déterminer très exactement la durée de l'incubation : neuf jours et huit heures, neuf jours et quatorze heures, neuf jours et huit heures. En général, on admet de douze à quatorze jours.

L. GALLIARD.

II. — Un homme entre, au mois de janvier 1884, à l'hôpital de la Pitié, pour une éruption qui venait de débuter après cinq jours de malaise et de vomissements. Le lendemain, cette éruption a pris les caractères de l'éruption variolique, et l'on évacue sur-le-champ le malade dans une salle spéciale.

Onze jours après, un malade couché à deux lits de distance, et qu'on traitait depuis quelque temps pour un eczéma, est pris de douleurs lombaires, avec vomissements. Le surlendemain, la respiration s'embarrasse, les pupilles se contractent et la face se cyanose. Deux jours après, des taches purpurines apparaissent au niveau des aines, et çà et là sur le tronc et les membres on aperçoit de petits boutons d'un rouge violacé. C'était une variole hémorragique qui emporta le malade quelques heures plus tard.

Une femme de 35 ans entre en février 1885 pour un malaise mal défini et en apparence peu grave. Trois jours après, la variole se déclare, et la malade est immédiatement transférée à l'hôpital Saint-Louis. Onze jours plus tard, une femme couchée dans un lit voisin et atteinte d'hémiplégie faciale est prise de douleurs lombaires, de céphalalgie et de vomissements. Trois jours après apparaît un rash scarlatiniforme et quelques boutons qui ne laissent

Digitized by Google

aucun doute sur le début d'une éruption variolique. Transférée dans un hôpital spécial, la malade succombe quelques jours après.

Une autre femme de la même salle avait été prise le même jour. Chez elle, l'affection a été légère, et elle a guéri.

Ces trois exemples de contagion prouvent que la variole peut se transmettre le premier jour ou au moins le second jour de l'éruption, ce qui est contraire à l'opinion généralement admise. GASTON DECAISNE.

III. — Femme de 24 ans, entrée le 11 juin à l'hôpital avec un rash scarlatiniforme. Dans la nuit, elle accouche d'un fœtus de six mois, et le 12 juin on constate des pétéchies sur les membres ; hémorragies nasale et buccale. Au milieu du jour, la malade pousse un cri ; elle est devenue subitement aveugle. Elle meurt le 13 juin.

L'examen ophtalmoscopique n'a pas été fait. A l'autopsie, on trouve les lésions de la névrite rétro-bulbaire aiguë. L. GALLIARD.

IV. — Sous ce titre, l'auteur fait connaître l'histoire de deux malades qui, atteints de variole, ont présenté des symptômes analogues à ceux de la sclérose en plaques.

La première malade, âgée de 45 ans, eut une variole confluente en 1879. Dès le début de l'éruption, elle offrit des troubles graves de la parole, ne pouvant ni rendre compte de sa maladie, ni même projeter la langue hors de la bouche. Pendant douze jours, elle eut un délire continuel avec perte de connaissance : au moment de la convalescence, il lui était impossible de se mouvoir, et il y avait une impotence fonctionnelle absolue. Trois mois après, elle avait la démarche d'une ataxique et parlait d'une façon presque inintelligible. Petit à petit, cet état s'améliora, et en 1880 voici quels étaient les symptômes. La parole était mal articulée, monotone et nasale ; chaque mot était imparfaitement prononcé, syllabe par syllabe, au moyen d'un effort musculaire exagéré qui dépassait la mesure. Ce défaut de langage dépendait bien de la langue, qui était comme ataxique. La malade pouvait la tirer hors de la bouche, mais jamais directement ; elle se portait toujours à droite dans ce mouvement ; il en était de même de la luette, dont les contractions étaient irrégulières et comme inconscientes. Les mouvements des membres étaient mal coordonnés, cependant le signe de Romberg faisait défaut et ce n'était pas de l'ataxie véritable. Cet état de choses s'améliora lentement, dans les cinq années qui suivirent, mais la parole resta toujours embarrassée.

L'observation 2 est assez analogue. Il s'agit encore d'une femme qui contracta la variole en 1881. Pendant le stade d'éruption, elle présente des phénomènes d'excitation cérébrale et de manie, avec gêne dans l'articulation des mots. Cet état dure une semaine environ : après quoi, elle s'aperçoit qu'elle a de l'incoordination motrice et de la difficulté pour parler. Le caractère de cette parésie du langage, comme dans le cas précédent, consistait moins dans la difficulté de trouver les expressions que de les articuler, l'intelligence était parfaitement saine ainsi que la mémoire.

Actuellement, quatre ans après sa maladie, elle marche encore avec difficulté et ses pas sont incertains, quoique l'incoordination ait disparu. Les mouvements des bras sont complètement revenus, sauf que la malade se fatigue vite. Il n'y a point de tremblement. La parole est toujours lente, scandée, monotone, exigeant un effort de volonté pour l'articulation des mots.

L'auteur rappelle les recherches de Westphal sur cette question : il rattache cette forme de lésion à une sclérose en plaques disséminées, mais d'une espèce spéciale, et différant de la sclérose classique par sa marche, qui tend lentement, mais régulièrement, vers la guérison, et qui, de plus, ne s'accompagne ni de tremblement, ni de nystagmus. (Voir trois cliniques de Jaccoud sur le même sujet.) H. R.

Digitized by Google

V. — Parmi les principales complications qui atteignent les sens dans le cours des oreillons, l'auteur cite la surdité définitive, dont il publie 17 cas; puis la surdité temporaire et le catarrhe du conduit auditif, dont les exemples sont assez nombreux. Du côté de l'appareil de la vision, on rencontre la conjonctivite compliquée ou non d'œdème palpébral et quelquefois de kératite ulcéreuse, la fluxion de la glande lacrymale assez rare et différents troubles sensoriels, les uns précoces, ordinairement bénins, les autres tardifs, assez souvent graves. OZENNE.

VI. — Deux épidémies de rubéole ont été observées par Klaatsch à vingt-trois ans d'intervalle. Dans la seconde, il n'a pas vu moins de 40 malades appartenant à 17 familles. Beaucoup de ces malades avaient eu antérieurement des scarlatines ou des rougeoles, circonstance qui venait à l'appui du diagnostic.

L'affection se montra ordinairement très légère. La fièvre ne dura le plus souvent qu'un jour et ne s'accompagna pas de grand malaise. L'éruption très précoce apparaît au bout de douze heures environ. Elle commence par la face et est constituée par des taches roses, très colorées, à contours irréguliers. Ces taches envahissent ensuite le reste du corps; tantôt elles sont disséminées, tantôt réunies en groupe. Entre elles, existe parfois de l'érythème. Cette éruption ne devint jamais hémorragique, les démangeaisons furent exceptionnelles.

La rubéole est nettement contagieuse. La durée de l'incubation semble d'environ quinze jours. M. DEBOVE.

VII. — L'auteur fait le tableau d'une épidémie infantile qui vient de sévir à Washington. Il a observé cette maladie pour la première fois en 1882, et en a été lui-même atteint. Il s'agit d'une fièvre éruptive se rapprochant de la scarlatine et de la rougeole; mais, selon lui, ce n'est ni l'une ni l'autre de ces affections. Le phénomène pathognomonique est l'hypertrophie des ganglions sous-occipitaux : ces ganglions augmentent de volume, deviennent durs et sensibles. L'éruption, d'aspect rosé, diffère nettement de l'éruption de la rougeole : elle se présente sous forme de taches ou macules et de papules, parfois très confluentes à la face; quelquefois sous forme de boutons saillants comme dans la rougeole. La température a rarement dépassé 101°,5 Fahrenheit. La démangeaison et la cuisson ou pour mieux dire la sensation de brûlure sont absolument constants. Dans quelques cas, il y avait de la constipation, rarement une diarrhée légère.

L'incubation paraît être de douze jours; les prodromes peuvent durer deux jours. Dans deux cas, l'auteur a noté un mal de reins intense au moment de l'éruption. La conjonctivite et l'épiphora ont fait complètement défaut dans certains cas.

L'auteur n'a pu découvrir de trace de desquamation (même avec la loupe) que dans un seul cas. H. DE BRINON.

Relation de l'épidémie cholérique observée à l'hôpital Saint-Antoine en novembre et décembre 1884, par P. DUFLOCQ (*Thèse de Paris*, 1885).

Duflocq a pu, pendant l'épidémie de 1884, observer plus de 200 cholériques à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de G. Hayem. La relation de ces cas fait l'objet de sa thèse inaugurale. Dans un premier chapitre l'auteur étudie les conditions de réceptivité morbide : la tuber-

Digitized by Google

culose, et surtout l'alcoolisme, ont exercé une influence désastreuse. Près de la moitié des malades étaient alcooliques; sur 4 hommes atteints de choléra de moyenne intensité, un seul guérissait; 5 femmes, alcooliques, succombaient.

La diarrhée prémonitoire n'a été observée que 42 fois sur 215 cas. Plus fréquente chez les femmes (29 0/0) que chez les hommes (16 0/0), elle apparaît surtout dans les cas légers et moyens et diminue par là même la gravité du pronostic, surtout si elle existe déjà depuis 7 à 8 jours.

La respiration n'est modifiée dans son rythme et sa fréquence que chez les malades gravement atteints.

Le pouls, par contre, est altéré dans sa force, son rythme, sa fréquence. Dans les cas graves, il est irrégulier, fréquent, filiforme, inappréciable parfois même à la carotide. Sous l'influence des injections intraveineuses, il redevient sensible, puis comptable, et à la fin de l'opération, plein, ample et régulier.

La sécrétion urinaire a toujours été diminuée dans les cas légers, supprimée plus ou moins longtemps dans les cas moyens et graves. L'albuminurie, rare dans les cas légers, se rencontre dans un peu plus de la moitié des cas moyens et graves ; peu considérable en général, elle ne dure guère plus de 2 à 3 jours et survient de préférence chez les malades qui ont été anémiques. La glycosurie, assez rare, apparaît 2 ou 3 jours après l'albuminurie.

Le sang est épaissi, les globules visqueux, leurs piles plus nombreuses. On trouve dans les cas graves six millions de globules au lieu de quatre millions et demi, indication précieuse pour la transfusion. Des altérations chimiques ont été étudiées par Hayem.

Dans les cas graves, les températures basses sont la règle, au-dessous de 36°,5, le pronostic est presque désespéré, peut-être moins chez les enfants.

Un chapitre intéressant est consacré aux diverses manières de mourir des cholériques.

Tantôt c'est une cyanose et une algidité persistantes qui emportent le malade; quand la mort arrive, depuis déjà plusieurs heures le moribond n'a déjà plus l'aspect que d'un cadavre. Ce genre est le plus fréquent : (53 fois sur 215 malades).

D'autres fois et particulièrement à la suite de la transfusion, il y a une ébauche de réaction, on a l'espoir d'une guérison ; mais au bout d'un temps variant de 12 à 24 heures, les symptômes favorables disparaissent et le malade meurt de cyanose et d'algidité (11 cas).

La réaction typhique à laquelle prédispose l'alcoolisme peut survenir d'emblée et succéder sans transition à la période algide. D'autres fois elle succède à une ébauche de réaction franche. Elle entraîne souvent une terminaison funeste, même dans les cas moyens où elle a emporté 5 malades sur 13, soit 38 0/0. Dans les cas graves, la proportion est bien plus considérable, 76 0/0.

Chez les enfants, c'est parfois une réaction pseudo-méningitique qui emporte les petits malades (5 morts sur 6 malades, soit 83 0/0).

Parmi les complications, Duflocq étudie spécialement les manifestations cutanées du choléra le plus souvent observées ç'a; été l'érythème

Digitized by Google

scarlatiniforme; puis venaient l'érythème morbilliforme, l'érythème papuleux, les taches rosées lenticulaires, des plaques de cyanose, de purpura, des pustules d'ecthyma, de l'eczéma, plus rarement des miliaires sudorales. Dans certains cas existaient en même temps des déterminations buccales et pharyngées.

Accompagnant ou non les éruptions précédentes, certains malades ont offert des hémorragies diverses par les voies intestinale ou urinaire (10 sur 12 sont morts).

Sous le titre de cas chroniques, Duflocq étudie une forme particulière de choléra se distinguant par sa longueur, son allure spéciale, ses manifestations cutanées multiples et intenses, l'apathie, l'abattement des malades, la lenteur de la convalescence chez ceux qui ont guéri (2/6).

Le chapitre 7 est consacré à l'analyse des injections intra-veineuses, qu'on a pratiquées en grand nombre. DESCHAMPS.

Peste de cadeiras, o epizootia de marajo; suas analogias come beriberi (Epizootie du marajo, ses analogies avec le béribéri), par J.-B. de LACERDA (*Rio-de-Janeiro*, 1885).

Sous le nom de « peste de Cadeiras » (littéralement : maladie du train de derrière), l'auteur décrit une affection endémique parmi les chevaux de l'île de Marajo, au Brésil. Cette île présente en son centre un lac (le lac Arary) peu profond et aux trois quarts desséché pendant l'été, disposition qui explique à la fois la fertilité et l'insalubrité du sol. Il y a cinquante ans environ, à la suite de grandes tueries de chevaux, l'épizootie commença à se déclarer, et depuis lors elle est restée endémique : il semble donc que la décomposition des matières animales ait été le point de départ de la maladie.

Celle-ci débute par un certain nombre de phénomènes prodromiques : tristesse, abattement de l'animal, agitation, anxiété respiratoire, et surtout impossibilité de se tenir longtemps debout, dans la même position. Bientôt survient un symptôme caractéristique, le tremblement du train de derrière. Le cheval paraît comme déhanché, il remue difficilement les jambes postérieures, tombe souvent et a beaucoup de peine à se relever. Simultanément on remarque une certaine paresse intestinale, les excréments sont durs, secs et recouverts de mucosités ; la vessie est également inerte, et il y a de la dysurie. Par contre, la région lombaire est d'une sensibilité anormale, et il y a de l'hyperesthésie rachidienne.

Indépendamment de ces symptômes, on voit apparaître des œdèmes diversement localisés, tantôt à la tête, plus souvent à l'épigastre, aux hypochondres, au périnée et à tout le train de derrière. Puis se montrent fréquemment, mais non d'une façon constante, des ulcérations qui aboutissent au marasme.

Telle est la marche normale de la maladie ; il peut y avoir des variétés. Tantôt la paraplégie, au lieu de se localiser à la région postérieure, s'étend aux membres antérieurs ; ailleurs la cachexie prédomine et l'amaigrissement est extrêmement rapide, accompagné ou non d'œdème.

La durée des accidents est fort variable, depuis les cas foudroyants

Digitized by Google

qui emportent les animaux en trois jours, jusqu'à ceux subaigus et chroniques qui persistent pendant plusieurs mois.

Il ressort de cette description que la maladie attaque la moelle et ressemble, par certains côtés, à la méningite spinale épidémique. L'examen des lésions confirme cette donnée. L'auteur a pu faire 33 autopsies d'animaux morts de la maladie. Chez tous, il a trouvé le sang poisseux de couleur sépia, les viscères congestionnés et ecchymosés. La moelle ne présentait à l'œil nu aucune altération, mais l'examen histologique révéla une myélite diffuse, avec prolifération du tissu conjonctif surtout localisée au niveau des cordons antéro-latéraux. La sclérose parait être d'abord périphérique, puis elle envahit le centre de la moelle en attaquant plus ou moins profondément les cornes antérieures, qui sont parfois totalement atrophiées.

Le point sur lequel l'auteur attire l'attention d'une façon toute particulière est la présence, au sein de la moelle ainsi enflammée, de petites masses pâteuses, de forme sphérique, à contours irréguliers, qui peuvent être énucléées facilement du tissu médullaire. A la dissociation, et sous l'influence des réactifs, ces petites masses se montrèrent formées de spores et de bâtonnets très fins rappelant par leur aspect les organes reproducteurs de certains ascomycètes. Il s'agissait donc, d'après l'auteur, d'une myélite particulière, d'origine cryptogamique.

Après avoir consacré une étude approfondie aux caractères botaniques de ce microphyte, l'auteur montre que l'eau du lac Arary contient précisément un champignon ou une algue inférieure, très abondant, qui offre, à l'état adulte, des filaments cylindroïdes et un mycélium bien défini, mais dont la culture artificielle révèle des formes embryonnaires ressemblant beaucoup aux petites masses trouvées dans la moelle des chevaux de Marajo. L'inoculation de l'eau chargée de ces cultures à divers animaux, tels que lapins, cobayes, poules, etc., donne lieu à une maladie qui offre de grandes analogies avec la peste de Cadeiras.

En effet, on peut observer les trois modalités pathologiques suivantes :

a) Développement de phénomènes paralytiques subaigus, avec cachexie finale.

b) Évolution rapide de symptômes œdémateux et paralytiques.

c) Évolution très rapide, précédée d'une hyperthermie notable, et accompagnée de tuméfaction générale du corps ; marche analogue à celle des septicémies.

Rapprochant les symptômes de la maladie expérimentale et de la maladie spontanée de Marajo, de Lacerda en conclut à la similitude, sinon à l'identité avec le béribéri. Les tableaux correspondants des symptômes dans les deux affections se superposent presque exactement. Il en conclut finalement que la peste de Cadeiras n'est autre chose que le béribéri, et que cette affection est d'origine parasitaire; dans le cas particulier, elle serait déterminée par l'ingestion de l'eau du lac Arary, contaminée par un microphyte du groupe des ascomycètes. H. RENDU.

Digitized by Google

GYNÉCOLOGIE.

Maladies des organes génitaux de la femme, par Carl SCHROEDER, traduit de l'allemand sur la 6e édition par E. LAUWERS et E. HERTOGHE, préface par Eug. HUBERT (*Bruxelles*, 1886, 1 *vol.*).

L'auteur étudie successivement les maladies de l'utérus, des trompes des ovaires ; des ligaments utérins et du péritoine pelvien, du vagin et de la vulve. Un chapitre spécial est consacré à l'exploration gynécologique, un autre à la menstruation et à ses anomalies. D'une manière générale, le traitement médical est un peu laissé dans l'ombre aux dépens du traitement chirurgical : d'ailleurs les développements consacrés aux procédés opératoires ne dégénèrent jamais en longueur, et tout ce qui concerne la technique et le pronostic des opérations emprunte un intérêt tout particulier à l'autorité et à la vaste expérience de l'auteur. La littérature ancienne et contemporaine est traitée d'une façon très complète et très impartiale : la littérature française en particulier a été largement mise à contribution. Le texte est enrichi de très nombreuses figures; les planches relatives à l'histologie laissent à désirer au point de vue de la netteté.

La traduction, bien que généralement bonne, présente quelques incorrections qu'il serait à propos de faire disparaître dans une édition ultérieure (épithélion pour épithélium, presse abdominale pour pression abdominale, etc.).

H. DE BRINON.

De l'influence de la position de la femme dans le traitement des déviations en arrière de la matrice, par FRANC (*Thèse de Paris*, 1885).

La situation génu-pectorale avec introduction d'une valve de Sims, d'un speculum ou d'une simple canule à injection dans le vagin, suivant la méthode de Campbell, facilite beaucoup la réduction de la rétroversion de l'utérus, qu'il soit gravide ou en état de vacuité. Ce traitement, applicable aux cas où la déviation utérine est déterminée par des adhérences, est alors, on le conçoit, moins efficace et d'autant moins efficace que les adhérences sont plus intimes, plus anciennes et plus étendues. Il agit : 1° par le renversement de l'action de la pesanteur; 2° par la suppression de la pression des viscères abdominaux vers le fond de l'utérus rétrofléchi; 3° par l'action dans la cavité vaginale de la pression atmosphérique. Ce dernier mécanisme de la réduction du déplacement a, en particulier, été l'objet d'appréciations contradictoires analysées dans cette thèse. L'influence de la position, très importante dans le traitement de la rétroversion de l'utérus non gravide, n'est qu'accessoire dans le cas où l'utérus contient le produit de la conception.

PORAK.

Digitized by Google

Ein verirrter Uterus (Utérus procident à travers l'anus), par H. BIRCHER (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, *n*° 20, *p.* 497, 15 *octobre* 1884).

Femme de 51 ans, primipare, admise pour de vives douleurs causées par une hernie viscérale. A l'anus, on aperçoit une tumeur charnue, rosée, de la grosseur d'une petite pomme, ressemblant à un prolapsus rectal ; en l'examinant de plus près, on reconnaît le col de l'utérus.

La femme avait porté précédemment, pour une chute de matrice, un pessaire qui avait entraîné la perforation de la paroi vaginale postérieure.

Le pessaire retiré, l'utérus procident avait passé à travers les lèvres de la fistule recto-vaginale, qui se soudèrent si intimement au col, qu'en avant seulement on pouvait faire pénétrer un fin stylet, du vagin dans le rectum.

En continuant à s'abaisser, l'utérus vint faire hernie au dehors, étranglé par le sphincter anal.

La réduction était insuffisante pour éviter la récidive. Le décollement des adhérences contractées au pourtour de la fistule par l'utérus et le replacement de ce dernier dans sa position normale exigeaient, vu le relâchement des ligaments, l'application d'un nouveau pessaire et l'opération de la fistule. Aussi, vu l'âge de la malade, Bircher se décida à amputer avec le thermocautère la portion d'utérus herniée. Guérison sans incidents en 48 jours. J. B.

Ueber Prolapsoperationen, par A. MARTIN (*Deutsche med. Woch.*, *p.* 17, 1886).

L'auteur a opéré 246 malades atteintes de polapsus utérin, d'abord par les méthodes d'Hegar, de Winckel, de Bischof, puis par sa propre méthode. Elle comprend trois actes distincts : 1° abrasion de la muqueuse, amputation ou excision du col; 2° colporraphie antérieure; 3° colporraphie postérieure.

Le premier temps est nécessité par la constance des altérations de l'utérus; sur les opérées, il y avait à peine 4 0/0 d'utérus normaux, il était bon de les guérir en même temps que de les replacer. Dans 82 0/0 des cas il y avait élongation du col avec hypertrophie ; dans plus de 90 0/0, rétroflexion. La rétroflexion est difficile à guérir; l'auteur n'en a obtenu la guérison complète que 17 fois. Il a soin, après l'abrasion de la muqueuse, l'amputation du col et la colporraphie antérieure, de placer l'utérus rétrofléchi en antéversion.

L'auteur signale la possibilité des hémorragies secondaires. Pour les éviter, il faut pratiquer des sutures très serrées, avec la soie plutôt qu'avec le catgut. Sur 225 cas où la soie seule a été employée, l'auteur n'a vu que 3 hémorragies secondaires. La périmétrite consécutive à l'opération a été signalée sept fois; pas de mort.

80 opérées étaient en état de devenir grosses; mais l'auteur n'a entendu parler que de 13 grossesses.

Il n'a constaté que 11 récidives du prolapsus, attribuables à des causes diverses.

Les résultats sont donc remarquablement satisfaisants; il faut encourager les femmes à subir l'opération du prolapsus. L. GALLIARD.

I. — Nouvelles études sur l'opération d'Alexander, par DOLÉRIS (*Union médicale*, 29 *décembre* 1885).

II. — Études sur l'opération d'Alexander, par MANRIQUE (*Thèse de Paris*, 1886).

Digitized by Google

III. — Notes on a case of Alexander Adam's Operation (Note sur l'opération d'Alexander Adam's), par Alex.-James SINCLAIR (*Edinb. med. journ., p.* 250, *septembre* 1885).

I. — De nouvelles expériences ont amené l'auteur à une opinion plus favorable relativement à la facilité de l'opération; il est plus aisé de trouver les ligaments ronds sur des cadavres frais que sur des cadavres injectés à l'acide phénique qui décolore tous les tissus, il admet que cela doit être encore plus aisé sur le vivant, parce que, l'extrémité des ligaments étant saisie par une pince à pression, les vaisseaux deviennent turgides, et les ligaments eux-mêmes plus saillants. — Il redoute la blessure du péritoine si on attire plus de 4 à 5 centimètres du ligament hors du canal inguinal; or, il en faut réséquer 8 à 10 dans les prolapsus un peu accentués. Il réserve donc son opinion sur la valeur de l'opération

H. L.

II. — Après avoir donné le manuel opératoire, les résultats sur le cadavre, une observation personnelle, la statistique de 124 opérations. l'auteur rapporte les conclusions suivantes :

L'opération n'est pas grave, car il n'y a eu qu'un seul cas avéré de mort; il est vrai que Duncan a parlé de sept cas, mais d'une façon vague. Sept fois l'opération a été inutile, car on n'a pas pu mobiliser les ligaments ronds; six fois l'opération a été incomplète, car on n'a pas pu trouver l'un des ligaments ronds; sept fois la déviation ou le déplacement se sont reproduits, quoique l'opération eût été menée à bonne fin.

L'auteur croit que l'opération est indiquée dans les cas de prolapsus, de rétroversion et de rétroflexion de l'utérus, non compliqués d'adhérences. S'il y a cystocèle et rectocèle en même temps que prolapsus utérin, il ne faut pas se borner à faire l'opération d'Alexander, il faut encore faire la colporraphie antérieure ou postérieure. PORAK.

III. — Femme de 46 ans, souffrant depuis de longues années d'un prolapsus utérin complet, contre lequel les pessaires les plus variés se sont montrés inefficaces. Le 29 janvier, on pratique l'opération du raccourcissement des ligaments ronds, d'après le manuel opératoire tracé par Alexander. Les ligaments sont attirés au dehors sur une étendue d'un pouce et demi; deux sutures sont pratiquées avec un fil d'argent à l'angle supérieur de la plaie, impliquant à la fois la peau, l'aponévrose, les piliers de l'anneau et les ligaments. Après une élévation de température passagère, la fièvre tomba au 5e jour, et le 8e la température était revenue à la normale; 16 jours après l'opération, la plaie était cicatrisée et la malade commençait à se lever. Elle a été remise le 23 mai, et à cette date il n'y avait pas eu de récidive de prolapsus utérin ; la malade se trouvait extrêmement soulagée. H. R.

De la périmétrite chronique compliquée d'un épanchement latent de nature séreuse ou hématique, par LAROYENNE (*Lyon méd.*, 21 *février* 1886).

Laroyenne appelle, dans cette note, l'attention sur les collections à marche chroniques, hématiques ou purulentes, qu'on rencontre associées à la périmétrite. Elles se présentent sous forme de tumeur plus ou moins volumineuse dans le cul-de-sac de Douglas, à fluctuation obscure en raison de l'épaississement du péritoine et du tissu cellulaire, douloureuses, mais apyrétiques. On attribue souvent ces formes latentes d'épanchement à de la péritonite adhésive.

Laroyenne préconise comme moyen de diagnostic et de traitement la

Digitized by Google

ponction avec un long trocart dont la canule cannelée permet après la ponction l'introduction d'un lithotome, qui donne un large débridement sans crainte d'accidents. L'hémorragie est facilement arrêtée par une éponge aseptique, et dès le lendemain on peut introduire un drain de verre qui permet l'écoulement du foyer et les lavages antiseptiques.

A. C.

Ueber die Auskratzung der Gebärmutterhöhle (Du raclage de la cavité utérine), par von RABENAU (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 51, *p.* 814, *et n°* 52, *p.* 832, 22 *et* 29 *décembre* 1884).

Tandis que la majorité des gynécologistes pratique le raclage de la cavité utérine avec une curette tranchante et après dilatation préalable, von Rabenau, à l'exemple de A. Martin, emploie une curette plus ou moins mousse et ne dilate pas l'utérus. En deux ans et demi, lui et son assistant ont fait 325 de ces opérations. 3 femmes seulement ont succombé: 2 qui étaient atteintes déjà de septicémie par rétention des membranes et la dernière par affection intercurrente.

Le seul danger du raclage est la perforation des parois utérines, dans les cas d'involution puerpérale incomplète. Rabenau en a eu 3 cas qui ont guéri sans accidents consécutifs.

Contrairement à Prochownick, l'existence d'une septicémie n'arrête pas Rabenau ; sur 5 malades, l'opération en a sauvé 3 qui étaient perdues sans cela.

Les affections des annexes, dès qu'elles ne sont plus tout à fait récentes, ne sont pas non plus une contre-indication pour lui; seulement, il racle alors l'utérus en place sans l'attirer.

Il ne recourt qu'exceptionnellement à la chloroformisation et opère aux consultations externes; rentrées chez elles, les femmes doivent rester deux jours étendues sur un sopha.

110 fois le grattage a été pratiqué pour rétention de débris d'avortement: 12 fois les annexes étaient malades et dans 3 cas l'abrasion n'arrêtant pas l'hémorragie, il fallut recourir au seigle ergoté; chez 5 femmes, l'opération a donné lieu à une complication du côté des annexes.

9 fois le raclage a été exécuté en cas d'avortement et l'œuf extrait avec la curette.

Mais ce sont les différentes formes d'endométrite qui ont fourni les indications les plus nombreuses : 96 fois il s'agissait d'endométrite simple du corps; 37 fois l'endométrite était compliquée de rétrécissement pour lequel on fit la discision; 20 fois elle était compliquée d'un allongement de la portion sus-vaginale du col. Rabenau, dans ces circonstances, excise un tronçon le plus petit possible, parce que les amputations un peu considérables provoquent des accouchements avant terme; 21 fois l'endométrite étant compliquée de métrite chronique, on fit l'amputation classique du col; il y eut seulement 2 insuccès; 38 fois il y avait de l'endométrite hémorragique. 7 de ces malades offraient de l'ovarite ou de la salpingite; chez 4, les hémorragies s'arrêtèrent et les annexes guérirent; chez 2, les hémorragies restèrent si profuses qu'il fallut extirper les ovaires et les trompes malades. Enfin la dernière femme avait été castrée un an auparavant pour une ovarite blennorragique double; après

Digitized by Google

4 mois de suppression des règles, il était survenu des pertes sanguines abondantes. Dans 5 cas d'endométrite hémorragique sans affection des annexes chez des femmes au-dessus de 40 ans, l'abrasion demeura infructueuse : une fois on y avait joint l'opération d'Emmet et une fois l'amputation. Chez quelques autres malades, on dut recommencer une ou plusieurs fois le grattage; ici encore il s'agissait de femmes parvenues à l'âge critique.

54 fois le raclage a été fait comme opération préliminaire;

10 fois pour des hémorragies dues à des myomes utérins; mais l'opération s'est généralement montrée inefficace, malgré les injections consécutives au perchlorure de fer.

Enfin von Rabenau a exécuté le grattage de la cavité utérine dans le but de recueillir les éléments nécessaires à un examen microscopique. (cancer du corps). J. B.

A review of some collected cases of fibromata of the cervix uteri (Recherches sur les fibromes du col), par Georges WOODRUFF JOHNSTON (*American journal of obstetrics, novembre et décembre* 1885).

La proportion des fibromes du col avec les fibromes du corps est de 5 0/0 en dehors de la grossesse et de 20 0/0 pendant la grossesse. Les fibromes du col siègent de préférence dans la lèvre postérieure, tandis que les fibromes du corps sont plus fréquents dans la paroi antérieure. Au point de vue des variétés, les plus fréquents sont les sous-muqueux, puis viennent les sous-péritonéaux, et en dernier lieu les interstitiels.

Les fibromes du col comme ceux du corps ont pour effet immédiat de troubler la menstruation et de déterminer des pertes sanguines. Pendant la grossesse, les pertes reviennent plutôt au moment des époques menstruelles; elles peuvent constituer un danger pour la mère et pour l'enfant au point de vue de leur influence sur la grossesse : les fibromes du col déterminent plutôt des accouchements avant terme, tandis que les fibromes du corps déterminent plutôt des avortements. C'est en général vers le septième mois qu'a lieu l'interruption de la grossesse due aux fibromes du col.

Sur 7,625 accouchements, l'auteur a noté six cas de dystocie causée par des fibromes; deux fois il s'agissait de fibromes du col, une fois de fibromes du col et du corps.

Au point de vue du traitement, l'ablation est toujours préférable. Il faut autant que possible opérer en dehors de l'époque menstruelle et en cas de grossesse attendre quelque temps après l'accouchement. Cependant on peut être obligé d'opérer soit pendant la période menstruelle, soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement. Dans aucun cas, la présence d'un fibrome du col ne justifie l'avortement ou l'accouchement prématuré artificiel. Dans les cas de dystocie, la méthode dite de refoulement peut rendre des services.

L'auteur termine par un tableau de 96 cas. Un grand nombre proviennent de la thèse de Chabazian (les fibromes du col de l'utérus. *Thèse de Paris* 1882). H. DE BRINON.

Digitized by Google

Electricity as a therapeutical agent in gynecology (De l'emploi de l'électricité en gynécologie), par Paul F. MUNDÉ (*American journal of obstetrics, décembre* 1885).

Les applications de l'électricité à la gynécologie sont trop négligées, parce qu'on s'exagère les difficultés pratiques de ce traitement. Douze ans d'expériences personnelles conduisent l'auteur aux conclusions suivantes : d'une manière générale, l'électricité trouve plutôt son emploi dans les états chroniques ; la présence d'inflammation aiguë ou subaiguë constitue à elle seule une contre-indication. Une batterie de 36 éléments suffit à tous les besoins de la pratique.

Le courant galvanique est d'un usage plus général que le courant faradique ; ce dernier devant être réservé pour les cas qui nécessitent une action de stimulation, tandis que la plupart des affections chroniques de la région pelvienne réclament l'action calmante, anesthésique, altérante du courant continu.

Le traitement électrique exige des séances assez rapprochées, tous les jours ou les deux jours, par exemple : l'intensité du courant continu doit toujours être assez modérée pour ne produire aucune douleur. Contrairement à la plupart des auteurs, l'auteur n'attache aucune importance à la position relative des électrodes positive et négative : il n'y a qu'une exception à cette règle, c'est lorsqu'il s'agit de combattre une douleur localisée ; par exemple, une névralgie liée à un épanchement pelvien ; dans ce cas, il faut que l'électrode positive soit le plus rapprochée possible du point douloureux, dans le vagin, par exemple.

Le courant faradique est indiqué dans les cas de développement insuffisant de l'utérus et des ovaires, d'aménorrhée, de subinvolution accompagnée de ménorragie, de superinvolution (atrophie utérine), de déplacement utérin, de fibroïdes interstitiels : résultats d'ailleurs très restreints dans les deux derniers cas. Le courant galvanique peut être employé pour combattre l'hyperplasie utérine, l'ovarite et la pachysalpingite chronique, la périmétrite et lymphadénite chronique, la névralgie pelvienne locale et réflexe, la dysménorrhée de nature névralgique ou obstructive, les érosions du col, la subinvolution, les fibromes sous-péritonéaux. Dans les cas d'érosions tenaces du col, l'auteur emploie l'électrode nue, et cherche à déterminer une action légèrement caustique.

Les affections dans lesquelles le traitement électrique a surtout réussi à l'auteur sont l'aménorrhée, la dysménorrhée, les névralgies liées à un exsudat ancien, la subinvolution utérine. Pour les déplacements utérins et les tumeurs, l'auteur ne paraît avoir qu'une médiocre confiance dans l'électricité.

H. DE BRINON.

Concerning the action of permanganate of postash and apiol in fonctional amenorrhea, par Thomas SANCTUARY (*The Lancet*, 10 *janvier* 1885).

L'auteur donne une statistique de 20 cas d'aménorrhée *fonctionnelle*, c'est-à-dire accidentelle et sans cause connue, traités par les moyens ci-dessus. Chez toutes les malades, sauf une, il n'existait aucun soupçon de grossesse, le nombre des périodes menstruelles ayant fait défaut était de 1 à 6 ; les règles antérieurement tantôt régulières, tantôt irrégulières. Le permanganate de potasse, employé à la dose de 15 centigrammes par

Digitized by Google

jour en trois pilules, a donné six succès sur huit cas; les règles ont paru de deux à cinq jours, après le début du traitement. L'apiol, administré en capsules, à la dose de 8 à 10 gouttes par jour, a réussi onze fois sur douze et la durée du traitement a été à peu près la même que pour le permanganate. H. B.

Santonin in amenorrhœa, par Walter WHITEHEAD (*The Lancet*, 5 *septembre* 1885).

L'auteur signale l'efficacité de la santonine dans l'aménorrhée, surtout lorsque celle-ci est sous la dépendance de la chloro-anémie. Ayant eu l'occasion de prescrire ce médicament comme anthelminthique à une jeune fille de 17 ans, il vit avec étonnement les règles, qui manquaient depuis six ou sept mois, faire leur apparition deux jours après. Depuis cette époque, il a souvent prescrit la santonine dans l'aménorrhée des chlorotiques et il a obtenu un succès constant. Il donne le médicament en deux doses de 50 centigrammes, prises deux jours de suite avant de se coucher et suivies le lendemain matin d'une dose de sel de Sedlitz.

H. B.

Sarcome de la muqueuse utérine et hématomètre, par TERRILLON (*Bull. de la Soc. de chir.*, *XII*, *n°* 3, *p.* 157-168, 1886).

A propos d'un cas pour lequel il pratiqua l'hystérectomie sus-vaginale suivie de mort au 58e jour, Terrillon indique les principaux caractères du sarcome de l'utérus.

La localisation du sarcome à la muqueuse utérine se retrouve dans un grand nombre d'observations. Cette dernière, hypertrophiée, peut avoir une épaisseur uniforme, ou présenter des mamelons. L'altération peut être limitée à un seul point de la muqueuse; il se forme alors un polype sarcomateux qu'on a souvent enlevé avec succès, et dont la récidive a fait reconnaître la nature. La plupart des auteurs qui ont étudié cette affection considèrent que cette localisation à la muqueuse, pendant toute les premières périodes de la maladie et même pendant toute son évolution, permet d'en faire une affection à part, distincte des sarcomes qui envahissent les parois de l'utérus.

Quand la muqueuse est envahie par le sarcome, un des symptômes les plus importants est la perte, par le col utérin, d'un liquide sanguinolent ou de sang presque pur, symptôme commun à toutes les variétés de cancer. En même temps se montrent des douleurs utérines et plus tard l'augmentation de volume de l'organe.

Si l'orifice interne du col est oblitéré par des masses végétantes, la sérosité et le sang fournis par la surface de la tumeur s'accumulent dans l'utérus et le transforment en un vaste kyste sanguin, comme dans le cas de Terrillon et dans une observation publiée dans la clinique chirurgicale de Péan, 1875-1876.

La constitution de ces sarcomes est variable; le plus souvent globo-cellulaires, très vasculaires surtout à la fin de leur évolution, ils peuvent être mélangés de myxome et même de lymphadénome. L'envahissement des parois musculaires est exceptionnel. Les ganglions sont pris tardivement ainsi que les autres organes. La durée de l'affection peut

Digitized by Google

atteindre quatre à dix ans. La cachexie qu'ils déterminent est hors de rapport avec les hémorragies et peut servir au diagnostic.

Différents traitements lui sont applicables : ablation totale de l'utérus, ablation supra-vaginale.

Dès le début le diagnostic est possible par la dilatation du col, l'exploration de la cavité et l'examen de quelques parcelles enlevées. On peut alors chercher à détruire les parties malades, comme le recommande Güsserow, avec la curette, les caustiques ou le thermo-cautère.

Le bénéfice réel de ces interventions au point de vue de la durée et du retard de la récidive n'est pas établi. Cependant il paraît incontestable dans quelques cas, comme dans celui de Winckel où la guérison durait encore sans récidive au bout de trois ans. M. HACHE.

Ein Fall von Schleimhautkrebs des Uterus (Cancer de la muqueuse utérine), par L. KRYSINSKG (*Zeitschrift für Geburtshülfe med. Gynækologie, Band XII, Heft* 1).

Examen microscopique d'un utérus enlevé par B.-S. Schultze. La malade était âgée de 50 ans, nullipare, et depuis dix ans souffrait de métrorragies profuses. L'opération fut faite par la méthode de Freund : la malade succomba deux jours après l'opération. L'utérus présentait le volume qu'il offre immédiatement après l'accouchement : il était d'une consistance molle, élastique, très régulièrement arrondie, sans aucune saillie. Sa cavité était occupée par 60 centimètres cubes de sérosité brun noirâtre ; et complètement dépouillée de sa muqueuse, l'épaisseur des parois atteignait 5 centimètres, l'extrémité libre des trompes était oblitérée et transformée en tumeur du volume d'une grosse noix.

A l'examen microscopique, l'auteur constate que le tissu du corps, comme celui du col, est envahi par une prolifération glandulaire, qui pénètre jusqu'à la séreuse et va en diminuant de la muqueuse à la séreuse ; cette prolifération a eu pour résultat l'atrophie du tissu musculaire. L'épithélium qui tapisse les glandes forme plusieurs couches superposées : les cellules sont tellement confondues ensemble, qu'il est impossible de distinguer leur forme ; les noyaux, de forme ovale, sont volumineux, et la membrane des noyaux se distingue très nettement sur les préparations.

Par suite de la multiplication des cellules glandulaires, il s'est formé des amas solides de cellules qui font saillie dans la cavité des glandes ou pénètrent dans le tissu interglandulaire ; ces néoformations dépassent de beaucoup la limite du tissu glandulaire normal.

D'après les anamnestiques, l'auteur est porté à admettre que le cancer s'est développé ici à la suite d'une endométrite chronique. Il est à remarquer que, malgré son extension à la totalité du corps, ce cancer n'avait envahi ni les organes voisins du bassin, ni les organes éloignés ; et que, malgré la destruction de la muqueuse et la rétention dans la cavité utérine d'une assez grande quantité de sérosité ichoreuse, il n'y a jamais eu de fièvre septique, et la température est toujours restée normale. H. DE BRINON.

Die bösartigen Geschwuslste der Eierstöcke (Les tumeurs de mauvaise nature de l'ovaire), par Ernst COHN (*Zeitschrift für Geburtshulfe und Gynækologie, Heft* 1).

Dans un espace de 9 ans, du 5 août 1876 au 5 août 1885, il a été fait à la clinique de Schrœder 100 ovariotomies pour tumeurs malignes de

Digitized by Google

l'ovaire; le nombre total des ovariotomies pendant le même espace a été de 600. Sur les 100 tumeurs malignes, 86 ont pu être enlevées: 14 fois on a dû s'arrêter après avoir fait une incision exploratrice. C'est à l'aide de ces faits que l'auteur se propose de juger la question de pronostic des opérations en cas de tumeurs malignes de l'ovaire; ce pronostic a été suivant lui beaucoup trop assombri.

Les tumeurs malignes de l'ovaire comprennent 4 variétés :

2 variétés de tumeurs solides, présentant parfois des poches kystiques par ramollissement :

Le sarcome, on en a compté 10 cas sur 86 à la clinique de Schrœder; le carcinome proprement dit, 11 cas sur 86.

2 variétés de tumeurs liquides :

Le kyste proliférant glandulaire avec dégénérescence carcinomateuse, 14 cas sur 86.

Le kyste papillaire, 38 sur 86.

A ces variétés, il faut joindre les dermoïdes avec dégénérescence sarcomateuse ou carcinomateuse, 3 cas; les myxomes, 3 cas. (Les kystes papillaires sont toujours pour l'auteur de nature maligne.)

Si nous examinons maintenant le résultat des 100 opérations, nous trouvons 20 morts à la suite de l'opération, savoir : 7 de septicémie, 1 d'hémorragie tardive, 5 de choc, 5 par le fait de marasme. et 2 par le fait de carcinome galopant.

Des 86 femmes qui avaient eu leur tumeur enlevée, 16 sont mortes de récidives; parmi celles-ci nous trouvons deux sarcomes, 3 carcinomes, 2 dermoïdes avec dégénérescence carcinomateuse. 1 myxome, 4 kystes glandulaires carcinomateux, et 4 kystes papillaires.

Les sarcomes ont présenté la plus longue durée avant la récidive; les papillomes la plus courte. 19 opérées paraissent avoir obtenu une guérison complète, c'est-à-dire que plus d'un an après l'opération elles n'avaient encore aucune apparence de récidive. Parmi elles, nous trouvons 2 sarcomes, 3 carcinomes, 1 kyste glandulaire carcinomateux, 2 kystes dermoïdes, l'un avec dégénérescence carcinomateuse, l'autre avec dégénérescence sarcomateuse, 2 tumeurs suspectes, 9 papillomes d'apparence bénigne.

Dans ce nombre se trouve une femme opérée en janvier 1871, par E. Martin, et dont la tumeur fut reconnue carcinomateuse par le professeur Virchow lui-même. Cette femme a eu, après son opération, 6 ans de santé parfaite, et la récidive à laquelle elle a succombé en novembre 1880 ne doit pas être considérée, d'après l'auteur, comme une véritable récidive, mais bien comme un nouveau carcinome.

Les plus longues durées de survie sans récidive sont jusqu'ici: 4 ans 1/2 (dermoïde sarcomateux), 4 ans (sarcome), 1 an et 9 mois (carcinome), 2 ans 1/2 (kyste papillaire carcinomateux), 4 ans (papillome bénin), 4 ans (kyste papillaire suspect), 3 ans (kyste glandulaire carcinomateux). Si on laisse de côté les 38 opérées dont on n'a pu avoir aucune nouvelle, il n'en reste pas moins 19.5 0/0 de guérisons constatées au bout d'un an.

Les résultats sont donc encourageants, et l'auteur en tire cette conclusion qu'il faut opérer dès qu'on se trouve en présence d'une tumeur ovarienne qui n'est sûrement pas une simple hydropisie

Digitized by Google

folliculaire, ni un kyste parovarien. L'expectation, telle que la conseillent Spencer Wells, Taylor, Smith, Peaslee, etc., ne peut avoir que des dangers.

L'auteur termine ce mémoire par l'observation de deux cas de carcinome galopant récidivant. Dans ces deux cas (femmes de 53 et de 28 ans), la mort est survenue très peu de temps après l'opération (25 et 19 jours), et l'on a trouvé, à l'autopsie, le péritoine complètement envahi par la dégénérescence carcinomateuse ; dans un des cas, l'intégrité absolue du péritoine (à l'œil nu du moins) avait été constatée par Schrœder lui-même, au moment de l'opération.

Dans les deux cas il s'agissait d'une tumeur atteinte de dégénérescence carcinomateuse avec envahissement des glandes rétropéritonéales : l'opération a paru hâter le dénouement; mais rien ne pouvait faire prévoir cette marche foudroyante de la récidive. H. DE BRINON.

Zur Lehre vom Shock (Contribution à l'étude du choc), par HOFMEIER (*Zeitschrift für Geburtshulfe und Gynækologie, Band XI, Heft 2*).

Il n'est pas rare de voir les malades atteintes de tumeurs abdominales succomber inopinément avec des symptômes d'oppression dont rien n'explique au premier abord la brusque apparition. Lorsque ces accidents éclatent à la suite d'une opération, on les attribue généralement au choc opératoire. Mais l'observation clinique montre qu'ils se produisent quelquefois à la suite d'une simple manœuvre d'exploration, à l'occasion de l'absorption d'une dose de chloroforme absolument insuffisante pour les expliquer, ou même sans aucune provocation extérieure. Et ce ne sont pas seulement les tumeurs pathologiques, mais la grossesse expose aussi à ces mêmes accidents. Deux sortes de lésions en sont pour l'auteur le point de départ : l'embolie pulmonaire et la dégénérescence du tissu musculaire du cœur, dégénérescence qui affecte soit la forme graisseuse, soit la forme dite atrophie brune.

L'auteur a relevé dans les registres de la clinique de Berlin 18 cas de mort subite ou imprévue, due à des lésions vasculaires ou cardiaques dont le point de départ était une tumeur abdominale, pathologique ou physiologique. Dans 1 cas, tumeur intra-ligamentaire, on trouva une embolie pulmonaire; 3 fois (2 myomes, 1 tumeur de l'ovaire) il y avait dégénérescence graisseuse très prononcée du cœur; 15 fois (5 tumeurs de l'ovaire, 4 myomes, 1 fibrome du tissu connectif pelvien et 5 accouchées) il n'y avait d'autre lésion qu'une atrophie brune du cœur. Au point de vue pratique, la dégénérescence graisseuse peut être reconnue sur le vivant : elle se manifeste par la faiblesse du pouls, la sensation de besoin d'air, un état général de langueur, etc. ; mais jusqu'ici aucun symptôme clinique ne permet de soupçonner l'atrophie brune. On devra se tenir sur ses gardes lorsqu'on se trouvera en présence d'un état de marasme prononcé.

Pour Löhlein, les faits signalés par Hofmeier n'ont rien de commun avec le choc : le choc qui est une neuroparalysie subite consécutive à une irritation périphérique plus ou moins intense est un phénomène extrêmement rare. L... ne croit en avoir vu qu'un seul cas, dans lequel il n'y a pas eu d'autopsie.

Schrœder a constaté que les accidents imputables au choc à la suite

Digitized by Google

de la laparotomie ont diminué sinon de fréquence, au moins d'intensité : le traitement de l'intestin a une grande importance à ce point de vue.

H. DE BRINON.

I. — Ten (10) cases of laparotomy performed in the royal infirmary, from may to november 1884, par Angus MACDONALD (*Edinb. med. journ., p.* 1020, *mai-juin* 1885).

II. — Abdominal section for the removal of small intrapelvic tumours of the ovaries and adjacent parts (Laparotomie et extirpation de petites tumeurs de l'ovaire et des ligaments larges), par Charles CULLINGWORTH (*Brit. med. journ., p.* 193, *janvier* 1886).

III. — Diseases and removal of the uterine appendages (Maladies et extirpation des appendices utérins), par Lawson TAIT (*Edinb. medic. journ., CCCLXIX, p.* 812, 1886).

IV. — Note on chronic inflammatory disease of the uterine appendages (Note sur l'inflammation chronique des annexes de l'utérus), par Lawson TAIT (*Edinb. med. journ., p.* 201, *septembre* 1885).

V. — Case of hydrosalpinx, par TAYLOR et L. TAIT (*Brit. med. journ., p.* 543, *mars* 1886).

VI. — Pelvic hœmatocele, par Francis IMLACH (*Brit. med. journ., p.* 339, *février* 1886).

I. — L'auteur donne la relation de dix laparatomies faites avec succès pour les cas suivants : 1° cinq kystes de l'ovaire ; 2° une ablation d'un kyste du ligament large ; 3° une ablation d'un kyste séro-sanguin du péritoine, probablement mésentérique ; 4° trois cas d'extirpation des annexes de l'utérus.

Résumons l'observation 7 du mémoire, relative au kyste mésentérique.

Mme W., âgée de 42 ans, entre à l'hopital le 6 septembre 1884. Depuis 10 mois elle s'aperçoit d'une tumeur grosse d'abord comme une orange, douloureuse, puis graduellement développée au point de remplir la cavité abdominale.

Le 16 septembre, laparotomie. A l'ouverture du ventre, hémorragie veineuse considérable. On trouve le péritoine absolument adhérent au kyste ; celui-ci laisse échapper un liquide brun rougeâtre. La paroi du kyste est très fragile et peut à peine être saisie par les pinces. En vidant la tumeur, on trouve qu'elle a partout des adhérences étroites avec les organes environnants, elle descend dans le petit bassin au niveau du cul-de-sac utéro-vésical, et adhère, le long de la colonne vertébrale, à l'aorte et à la veine cave. On renonce à l'énucléer et l'on se contente d'exciser tout ce qui peut être enlevé. Il n'existe aucune trace de pédicule.

Traitement habituel de la plaie : un drain est laissé à demeure à la partie inférieure de la plaie.

La malade guérit, après avoir présenté une suppuration fétide, heureusement modifiée par des lavages à l'acide sulfureux. L'odeur disparaît après l'élimination d'une escarre gangreneuse, et la guérison est complète le 22 novembre.

Digitized by Google

Bien que l'auteur rattache ce kyste à une origine mésentérique, l'examen microscopique semble en faire une variété de kyste ovarien, car la paroi interne du sac présentait un épithélium cylindrique tout à fait semblable à celui que l'on observe dans les vrais kystes ovariens. H. R.

II. — L'auteur préconise l'intervention chirurgicale dans des cas qui jusqu'ici étaient regardés comme relevant de la médecine gynécologique, et il publie à l'appui de cette opinion les deux faits suivants.

Obs. 1. — Jeune femme de 25 ans, souffrant depuis six ans d'une douleur du bas-ventre surtout marquée du côté gauche, et incapable, de ce chef, de vaquer à aucune opération. On sent, en combinant le palper abdominal et le toucher vaginal une petite tumeur à droite et en arrière de l'utérus. Une incision exploratrice est faite et, au lieu d'un ovaire chroniquement enflammé qu'on supposait rencontrer, on se trouve en face d'une tumeur kystique du ligament large droit, et d'une dilatation également kystique du ligament large gauche. L'auteur énuclée les deux tumeurs du ligament large et enlève en même temps la trompe et l'ovaire droits, laissant intacts la trompe et l'ovaire gauches. Guérison rapide et disparition complète de la douleur. Revue six mois après, elle a retrouvé une santé florissante.

Obs. 2. — Femme de 26 ans, souffrant du ventre depuis 7 ans, à partir de la naissance de son seul enfant. Etat général mauvais, anémie extrême. L'examen bimanuel du bas-ventre fait constater, du coté droit, un gonflement oblique, rénitent, douloureux à la pression; on diagnostique une dilatation chronique de la trompe de Fallope. Le repos au lit, les douches chaudes n'amènent aucun soulagement, on se décide à intervenir chirurgicalement. L'incision du ventre, faite sur la ligne médiane, permet de reconnaître un ovaire droit kystique, plein de sang, et une trompe distendue par un liquide hématique, de couleur chocolat, intimement adhérents à une anse intestinale. L'ablation de l'organe malade, comme dans le cas précédent, mit fin rapidement aux douleurs de la patiente qui guérit en trois semaines.

Pour l'auteur les deux conditions nécessaires pour tenter l'opération sont : 1° La constatation des signes physiques indiquant une tumeur, inflammatoire ou non, en rapport avec l'utérus; 2° la persistance de troubles fonctionnels graves ayant résisté au traitement médical.

H. R.

III. — L'auteur prétend que l'inflammation des trompes de Fallope est chose fréquente. Souvent elle est consécutive à la gonorrhée et se trouve en rapport avec la gonorrhée chronique de l'homme; elle survient après un avortement; enfin on la voit chez les jeunes filles vierges. Elle a débuté alors brusquement après la danse, après que la malade est restée quelque temps assise dans l'herbe humide. Les cas chroniques sont beaucoup plus communs. Les menstruations ont une fréquence exagérée. Les douleurs se montrent deux ou trois jours avant les règles. Il y a des douleurs pendant la marche, les voyages en voiture, la station debout.

Souvent les trompes adhérentes au bassin sont oblitérées, et la femme devient stérile. L'opération guérit précisément cette stérilité.

La salpingite catarrhale est la cause principale des grossesses tubaires. En effet la muqueuse dépourvue d'épithélium ne lutte plus contre la progression des spermatozoïdes.

Dans la salpingite aiguë, il faut faire l'opération en une seule fois. Dans la salpingite chronique, il peut aussi y avoir indication d'opérer. Si la salpingite est la cause réelle des phénomènes morbides, l'opération sera suivie d'une amélioration notable.

Digitized by Google

Pour l'opération, L. Tait est d'avis de faire une petite incision. Il n'est pas besoin de voir les organes, il faut les reconnaître par le palper.

Il y a deux dangers principaux : 1° L'arrachement d'organes qu'on ne désire pas arracher. L'emploi du tube à drainage met à l'abri des accidents consécutifs. Dans un cas, il y avait perforation du rectum. On mit un gros drain, par lequel s'écoulaient les matières fécales; la malade guérit. 2° L'autre danger c'est l'hémorragie. On peut tamponner le bassin avec des éponges et, si cela ne suffit pas, le badigeonner avec du perchlorure de fer. On met alors un tube à drainage et on extrait le sang collecté. A. MATHIEU.

IV. — A propos d'une polémique avec les médecins de Londres, et notamment avec Spencer Wells sur la fréquence des affections de l'ovaire et des trompes, Lawson Tait revient sur les symptômes et les indications opératoires de cette affection, et il publie un fait d'autant plus caractéristique, que la malade avait été vue par Spencer Wells lui-même et considérée par lui comme atteinte d'une névralgie utéro-ovarienne. Voici le résumé de cette observation:

Mme X..., âgée de 37 ans, est mariée depuis 17 ans et n'a jamais été enceinte. Deux ans après son mariage, elle a commencé à éprouver quelques malaises utérins mal déterminés, caractérisés surtout par des menstruations abondantes et fort douloureuses. Pendant des années elle subit une série de traitements contradictoires: pessaires, cautérisations, dilatation du col et depuis lors, elle se plaint constamment d'une douleur sourde, continue, dans le côté droit du bas-ventre; pareils symptômes existent à gauche depuis six ans, avec moins d'intensité.

C'est là la marche typique de ces inflammations à longue échéance, qui finissent par rendre les malades absolument impotentes et souvent hystériques. Le toucher révèle parfois outre les déplacements de l'utérus bridé par des adhérences, une sorte d'empâtement profond sur les culs-de-sac latéraux, avec sensation de circonvolutions plus ou moins fluctuantes. C'est ce qui avait lieu pour Mme X...

L'opération, exécutée le 25 juin, montra que l'utérus était en rétroversion. Au-dessous de lui, du côté gauche, on trouve la trompe de Fallope distendue par du pus, complètement adherente et embrassant l'ovaire dans sa concavité. Du côté droit la trompe était encore plus distendue, mais contenait surtout du sang, l'ovaire était libre. Les annexes furent enlevées en totalité et la malade guérit parfaitement mais lentement. H. R.

V.—Mme C..., âgée de 24 ans, mariée depuis 13 mois, n'a point eu de grossesse; elle est mal réglée et souffre dans le bas-ventre, spécialement à gauche; l'examen vaginal ne fait rien découvrir d'anormal (7 septembre).

Quinze jours plus tard se développent des signes de pelvipéritonite sourde avec un peu de fièvre. A l'examen on constate un gonflement douloureux en haut et en arrière de l'utérus, siégeant probablement dans la trompe.

Le mois d'octobre se passe sans incidents: les douleurs persistent, mais atténuées; on ne sent plus de rénitence rétro-utérine. Le 11 novembre, le toucher permet de sentir de nouveau la tumeur. On diagnostique un hydrosalpinx, avec alternatives de réplétion et de vacuité de la trompe.

Le 19 janvier opération par Lawson Tait. La trompe de Fallope droite est distendue par une collection aqueuse transparente qui suinte par une ouverture très étroite au voisinage du pavillon: celui-ci est oblitéré par une inflammation adhésive exactement limitée en ce point, sans participation du péritoine. L'autre trompe est normale ainsi que l'ovaire.

Digitized by Google

L'opérateur enlève la trompe et l'ovaire du coté droit et laisse les annexes utérins à gauche. Guérison rapide. H. R.

VI. — L'auteur a eu l'occasion de pratiquer quinze fois la laparotomie pour des hématocèles pelviennes, et il revient sur l'interprétation théorique à donner de cette maladie. Il ne croit pas à la rétention menstruelle de Bernutz par oblitération des trompes, non plus qu'à la pelvipéritonite hémorragique de Virchow : pour lui, il s'agit tantôt d'une grossesse tubaire, tantôt d'une inflammation chronique des trompes et de l'ovaire avec épanchement de sang dans leur cavité.

L'hématocèle pelvienne est une affection rare et d'un diagnostic malaisé. Ses symptômes principaux sont des métrorragies prolongées, des douleurs de bas-ventre et une anémie profonde. Quand, à une histoire de douleurs pelviennes datant de deux à trois mois, se joignent les signes d'une tumeur rénitente et obscurément fluctuante derrière l'utérus, le diagnostic d'hématocèle est probable ; il est presque certain, s'il y a de la matité et de la sensibilité à la percussion au-dessus du pubis. En ce cas, il y a indication de faire la laparotomie. Si la température est élevée, on peut être sûr que le sang est fétide, mais en pareil cas, si l'opération s'impose, le diagnostic reste toujours indécis entre l'hématocèle et la salpingite suppurée. La ponction aspiratrice par le vagin est une opération à prohiber complètement, comme insuffisante et comme dangereuse. La laparotomie, malgré ses dangers apparents, n'est pas en réalité une opération meurtrière, à la condition de se servir d'un tube à drainage abdomino-vaginal qui permette de laver antiseptiquement la poche kystique. Il y a en général peu de réaction, et le retour à la santé se fait d'ordinaire en deux ou trois semaines. H. R.

OBSTÉTRIQUE.

La pratique des accouchements chez les peuples primitifs, par ENGELMANN édition remaniée et augmentée, par P. RODET (*In-8°, Paris*, 1886).

Dans la préface de l'ouvrage, Charpentier nous apprend que l'auteur ne s'est pas borné à une simple traduction de l'important mémoire d'Engelmann. Il l'aurait considérablement augmenté et complété, il aurait comblé ses nombreuses lacunes concernant les travaux français, faits sur le sujet. En effet, des 300 pages qui constituent le travail d'Engelmann, celui de P. Rodet en comprend 400 pages, mais il faut dire que le texte d'Engelmann est bien plus serré que celui de P. Rodet. Des 56 figures du mémoire original nous en trouvons dans le traité actuel 83 ; mais les figures du traité d'Engelmann sont toutes originales et concernent les peuples primitifs. P. Rodet y a ajouté les figures de Felkyn qui ont paru dans *la France médicale* des figures provenant du vieux et intéressant mémoire de Picard (*Mœurs et Coutumes religieuses*, 1741), et quelques dessins peu nombreux reproduisant des pièces

Digitized by Google

curieuses du musée rétrospectif du Trocadéro qui lui ont été communiquées par Hamy. Les recherches de Mondière, Rochebrune, Lesson, etc., viennent compléter le travail d'Engelmann.

C'est une étude d'ethnographie et d'obstétrique comprenant les chapitres sur la grossesse, l'accouchement, la délivrance, le massage et l'expression, les suites de couches, les soins donnés aux nouveau-nés, les mœurs obstétricales, les particularités se rapportant à l'état puerpéral chez les peuples primitifs.

Au point de vue ethnographique, l'étude des habitudes si différentes des peuples dans une des fonctions les plus importantes de la vie est certes bien intéressante. Mais, au point de vue obstétrical, il n'est pas moins curieux de rechercher au milieu des préjugés, des superstitions, des absurdités innombrables qui s'imposent aux habitudes et aux croyances invétérées des peuples, les pratiques instinctives qui sont en réalité bien conformes au but utile. Il est remarquable de retrouver dans les usages des peuples primitifs, des procédés oubliés par les peuples considérés comme civilisés, rapportés par des savants modernes comme de véritables découvertes et qui ne sont cependant rien moins que nouveaux. Ces études sont donc instructives parce qu'elles nous forcent à réfléchir et à rechercher si, dans notre pratique, il n'y a pas beaucoup à réformer, beaucoup à changer pour imiter quelques-unes des habitudes des peuples sauvages.

Il nous est impossible de suivre l'auteur dans les développements nombreux et intéressants qu'il donne à son sujet. Bornons notre analyse à l'étude de la posture pendant l'accouchement et aux procédés d'expression abdominale employés par certains peuples.

L'étude de la posture prise instinctivement par la femme sauvage pour accoucher n'est d'ailleurs pas l'une des moins importantes. On est tout d'abord dérouté par la multiplicité des usages à cet égard. Mais on ne tarde pas à reconnaître que les situations accroupie, demi-assise, ou debout un point d'appui solide, étant pris par exemple sur une branche placée transversalement, sont les positions les plus fréquentes, et parmi elles la plus fréquente de toutes est la position accroupie. Or, il n'est pas douteux que ces situations favorisent beaucoup mieux l'action des puissances expulsives au moment de la dernière période de l'accouchement que les postures acceptées sur notre continent, surtout que le décubitus dorsal usité en France, et aussi le décubitus latéral usité en Angleterre. Il est remarquable de voir que ces positions si peu favorables à l'expulsion du fœtus ne sont pas employées du tout ou au moins très rarement employées par les peuplades primitives ou sauvages.

Il est encore un procédé très répandu chez ces peuples, c'est l'emploi de l'expression utérine pour faciliter la descente et l'issue du fœtus, et surtout pour faire la délivrance. Les tractions sur le cordon pour extraire le placenta ne sont employées que par les peuples avancés en civilisation. Les peuples primitifs, au contraire, craignaient beaucoup cette manœuvre. Rien n'est bizarre, rien n'est intéressant comme les efforts d'imagination ayant donné naissance à la multiplicité vraiment inouïe des moyens employés par ces peuples pour faire l'expression utérine pendant l'accouchement proprement dit, aussi bien que pendant la délivrance. Dans ce siècle, des médecins ont tiré de l'oubli et se sont acquis

Digitized by Google

une vraie réputation en conseillant cette expression utérine. Sans recourir d'ailleurs aux procédés employés par les peuples sauvages ou primitifs, il ne serait d'ailleurs pas très difficile de trouver à ces prétendus inventeurs des précurseurs dans la littérature obstétricale.

Malgré des répétitions inévitables, mais peut-être trop nombreuses, la lecture de l'ouvrage est attrayante et claire. On ne doit d'ailleurs pas prendre les descriptions de l'auteur comme toutes authentiques au même degré. Il ressort évidemment de certains points que les voyageurs ont interprété, ont décrit des tableaux entiers quoiqu'ils n'en eussent entrevu qu'un petit coin, qu'ils ont généralisé des faits particuliers. Les relations de ces voyageurs, qui ne sont d'ailleurs pas toujours des médecins, sont forcément incomplètes et elles deviennent quelquefois absolument inintelligibles.

On trouve aussi à propos de l'hygiène des nouveau-nés des notions intéressantes.

Le dernier chapitre en particulier mériterait d'occuper une place plus étendue que celle qui lui a été accordée. Les mœurs des peuples primitifs qui ont été analysées et séparées dans leurs différents temps s'y trouvent synthétisées. Nous recommandons très particulièrement la lecture des chapitres concernant les mœurs obstétricales chez les peuples primitifs, la posture dans le travail, la délivrance, le massage et l'expression qui sont particulièrement intéressants. PORAK.

I. — Zur Kenntniss der Mortalität in den öffentlichen Entbindungsanstalten Deutschlands (De la mortalité dans les établissements publics d'accouchements en Allemagne pendant la période décennale 1874-1883), par R. DOHRN (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band II, Heft* 1).

II. — Die Mortalität der königl. Universitats Frauenklinik zu Berlin während der letzen 16 Semester (La mortalité à la clinique des femmes de l'Université de Berlin pendant les 16 derniers semestres), par Wilhelm BOKELMANN (*Ibidem, XII, Heft* 1).

I. — L'auteur a entrepris cette enquête en vue d'établir l'influence de la méthode antiseptique sur la mortalité dans les maternités allemandes, et c'est dans ce but qu'il a choisi la période de 1874 à 1883. C'est vers 1870 que la méthode a fait son entrée dans la plupart des établissements; en 1874, elle n'était encore suivie strictement dans aucun. L'auteur a réuni sur 47 maternités, les renseignements suivants :

1° le nombre d'accouchements; 2° le nombre de morts; 3° le nombre d'accouchées transportées.

La fièvre puerpérale étant la cause la plus fréquente de morts, l'auteur admet que la proportion n'est pas sensiblement modifiée par les autres causes de mort.

L'ensemble du travail a porté sur 104,287 accouchements et donne une mortalité de 1,37 0/0 chiffre favorable si on le compare au chiffre indiqué par Le Fort en 1866 (3,4 0/0) pour la mortalité moyenne des maternités ou au chiffre de Winckel 3 0/0 (1869).

Comme l'avait indiqué Semmelweiss, ce sont les maternités non consacrées à l'enseignement qui présentent la plus faible mortalité, 0,56 0/0 (Aix, Altona, etc.), puis viennent les maternités consacrées à l'éducation

Digitized by Google

des sages-femmes, 1,13 0/0, et les maternités qui reçoivent en même temps étudiants et sages-femmes, 1,42 0/0, et en dernière ligne les maternités consacrées à l'instruction des étudiants, 1,30 0/0 (Universités de Berlin, Breslau, Strasbourg, etc.). Si l'on considère la moyenne annuelle de la mortalité dans les 47 établissements, on ne trouve pas un progrès régulier : le maximum 1,63 0/0 se reproduit vers la fin de la période en 1881 ; le minimum 0,96 0/0 est formé par la dernière année 1883.

Mortalité moyenne en	1874	1,63 0/0	1879	1,43 0/0
—	1875	1,47	1880	1,25
—	1876	1,19	1881	1,63
—	1877	1,49	1882	1,42
—	1878	1,26	1883	0,96

H. DE BRINON.

II. — Ce travail, inspiré par Schrœder, a pour but d'expliquer le rang qu'occupe la clinique de l'université de Berlin dans la statistique précédente. Sur les 47 établissements soumis à l'enquête de R. Dohrn, la clinique de l'Université de Berlin occupe l'avant-dernier rang par le chiffre de sa mortalité (2,83 0/0); Kiel vient seule après avec 3,07 0/0). Cette élévation considérable de la mortalité à la clinique des femmes de l'Université de Berlin est due en grande partie, d'après l'auteur, au mode de recrutement du personnel des malades, et à certaines circonstances particulières dont la cause reste inconnue. C'est ainsi que la fréquence de l'éclampsie et du placenta prœvia est notablement plus élevée à cette clinique que dans les autres établissements du même genre.

Pendant les 8 dernières années, d'octobre 1877 à septembre 1885, la mortalité à la clinique a été de 2,54 0/0 : 158 sur 6,252 accouchements (le chiffre diffère un peu de celui de Dohrn parce qu'il ne porte pas sur la même série d'années). Or, il y a eu 127 cas d'éclampsie, dont 27 mortels, soit 14,5 0/0 des cas de mort. La proportion de l'éclampsie a été de 1 sur 49 accouchements; tandis qu'elle était de 1 sur 91 à la Charité (1882 et 1883), de 1 sur 275 à Dresde; de 1 sur 500 en général. Le sud de l'Allemagne semble présenter une immunité particulière à cet égard, car à Tubingen, en 12 ans, il n'y a pas eu un seul cas sur 2,107 accouchées. La proportion des cas de placenta prœvia (71 cas ou 1,88) est de 3 à 10 fois plus forte que dans les autres établissements. Tubingen, 1 sur 422; Charité, 1 sur 514; Dresde, 1 sur 903; d'une manière générale (Schwarz), 1 sur 1,564. Ces 71 cas de placenta prœvia ont donné 13 cas de morts. Parmi les autres causes de mort figure la rupture de l'utérus, 32 cas, soit 1 sur 915 avec 22 morts : à Tubingen la proportion est de 1/527, à la Charité de 1/5664.

Au point de vue de la fréquence des opérations, la clinique de l'Université tient aussi la première place :

forceps	1/18	à Munich	1/49
version	1/29	—	1/85
embryotomie	1/156	—	1/590

Sur les 158 morts de la clinique, 71 seulement peuvent être attribuées à l'infection puerpérale; 24 étaient infectées à leur entrée : 47 restent qui ont été infectées à la clinique même. H. DE BRINON.

Digitized by Google

Le pouls puerpéral physiologique, par LOUGE (*Thèse de Paris*, 1886).

Cette thèse est basée sur un très grand nombre de tracés sphygmographiques dont les types sont représentés à l'appui des conclusions soutenues par l'auteur. Dans les trois premiers mois de la grossesse, le pouls est fréquent (86 puls. en moyenne) et régulier; dans les trois mois suivants, il est plus plein, moins dépressible; dans les trois derniers mois, il est plus dur encore, la ligne d'ascension du sphygmographe est peu élevée, à sommet arrondi avec un dicrotisme peu accentué. Ces caractères du pouls ne sont pas assez marqués pour permettre de diagnostiquer la grossesse. Rien de nouveau sur le souffle utérin, ni sur le pouls utérin.

Pendant le travail, au moment des contractions utérines, en même temps que la fréquence du pouls s'accuse par 8 ou 9 pulsations en plus, l'amplitude de la ligne sphygmographique diminue ainsi que le dicrotisme tandis que le plateau s'accuse.

Pendant le frisson physiologique, le pouls augmente beaucoup de fréquence (de 110 à 120 puls.), il devient dur et serré, présente au sphygmographe une très faible amplitude et un dicrotisme franc.

Pendant les couches on peut ranger le pouls d'après sa fréquence en trois manières d'être et d'après le tracé sphygmographique en quatre types. L'auteur consacre un chapitre important de sa thèse, aux causes qui le font varier. Malgré l'importance des caractères du pouls, les indications thermométriques pendant les couches sont plus sûres au point de vue du pronostic.

Les caractères sphygmographiques ne peuvent servir à prouver d'une façon certaine l'existence de l'hypertrophie cardiaque, ni à déterminer l'état de tension artérielle puerpérale. PORAK.

Zwergbecken mit Lumbosacral-Kyphose (Bassin d'une naine atteinte de cyphose lombo-sacrée), par Franz TORGGLER (*Archiv für Gynækologie, Band XXVI, Heft* 3, 1885).

Cette femme, mariée, âgée de 53 ans, mesure 1m,30 de haut; les mensurations prises sur le bassin montrent une légère asymétrie (la partie latérale droite est un peu moins développée que la gauche), un rétrécissement en entonnoir; le diamètre conjugué au détroit inférieur mesure 9 centimètres; le rétrécissement sénile du vagin ne permet pas d'obtenir, même approximativement, le diamètre conjugué vrai du détroit supérieur. Enfin, il existe une cyphose lombo-sacrée. Cette femme a eu onze accouchements; cinq fois les enfants étaient à terme et bien développés; ils ont été obtenus une fois par perforation, deux fois à l'aide du forceps, deux fois à l'aide de la version; un seul (version) arriva vivant. En dehors de ces cinq enfants à terme, cette femme a eu quatre enfants vivants, qui ont vécu plus ou moins longtemps, depuis un jour jusqu'à neuf mois.

La possibibilité du passage d'enfants à terme dans un bassin aussi rétréci ne peut s'expliquer que par un certain degré de mobilité dans les articulations pelviennes (Lambl, Mohr, Korsch). H. DE BRINON.

Brow presentation with report of cases (De la présentation du front), par Eli-H. LONG (*American journal of obstetrics, septembre* 1885).

L'auteur a eu récemment l'occasion d'observer deux cas de présentation du front; dans les deux cas il a réussi à corriger la présentation à l'aide des mains, et à la transformer en présentation du sommet et l'ac-

Digitized by Google

couchement s'est heureusement terminé. Réunissant aux observations déjà publiées par Spiegelberg, Lisk, Pritsch, Budin, etc., les deux cas qui lui sont propres, et onze autres cas qui se sont présentés à Buffalo, l'auteur arrive à un total de 70 cas.

En mettant de côté les cas de mort dus à des complications indépendantes de la présentation, l'auteur trouve :

Sur 70 mères, 7 morts;

Sur 68 enfants 28 ou 21 morts (1 cas douteux).

Au point de vue de l'influence des traitements employés sur la vie de l'enfant :

30 cas abandonnés aux forces de la nature ont donné .	7 morts
16 cas corrigés artificiellement	1 »
11 cas traités par le forceps	2 »
8 cas traités par crâniotomie	8 »
3 cas traités par la version ont donné 2 ou 3 morts (1 douteux).	

Les résultats obtenus en corrigeant artificiellement la présentation sont donc bien supérieurs à ceux de la version ou de l'accouchement sans intervention.

La correction de la présentation peut quelquefois s'obtenir simplement en repoussant le front en haut pendant la contraction, mais le plus souvent il faudra introduire toute la main dans le vagin et faire pénétrer les doigts jusqu'au-dessus de l'occiput; on commence alors par repousser la tête en haut, puis, appuyant sur l'occiput de manière à l'attirer en bas, on repousse le front aussi haut que possible avec le pouce et l'on arrive à la flexion complète de la tête. Il peut être utile dans certains cas de mettre la femme dans la position genu-pectorale. L'anesthésie est toujours nécessaire. H. DE BRINON.

Considerazioni teorico-cliniche a proposito di un caso di presentazione frontale, par Ermanno PINZANI (*Riv. clin. di Bologna*, 1885).

Le 11 avril 1884 se présentait à la clinique de Bologne, une femme de 32 ans, quadripare à terme; la rupture de la poche des eaux avait eu lieu avant l'entrée à la clinique.

L'examen révèle que la dilatation est presque complète; fœtus vivant; présentation de la face en position MIST, bassin légèrement plat; diamètre conjugué = 10 centimètres; l'utérus en déviation latérale droite. L'accouchement ne fait pas de progrès, et la cause paraît être l'état de contraction tétanique de l'utérus.

Traitement : narcotiques à haute dose et décubitus latéral gauche ; au bout de trois heures, nouvel examen; la présentation s'est transformée en présentation du front; le menton regardant le côté gauche du bassin, au bout de huit heures, les choses étant toujours au même point, on se décide à appliquer le forceps après avoir vainement tenté avec la main d'abord, avec le crochet de Fabri ensuite, à réduire la présentation en présentation du sommet ou de la face. Les tractions avec le forceps ne donnent aucun résultat : les battements fœtaux sont devenus irréguliers, faibles et très fréquents. Crâniotomie avec les ciseaux de Smellie et application du forceps de Dubois; la tête reste immobile; nouvelle application des ciseaux de Smellie en dehors de la bosse frontale gauche. Le forceps de Dubois réappliqué lâche prise, et la tête reste immobile. Tentative avec le crochet de Fabri à petite courbure; aucun résultat. Portant alors la main dans l'utérus, l'auteur reconnaît que l'obstacle réside dans la paroi utérine elle-même, formant autour du cou du fœtus un cercle de contraction ; c'est ce cercle qui empêche la descente des

Digitized by Google

épaules. Saisissant un pied, l'auteur l'attire en bas, le fixe avec un lacet et cherche à repousser la tête avec la main gauche; mais la manœuvre ne réussit qu'après avoir introduit la main gauche dans l'utérus, et de longs efforts de l'opérateur et de son aide. L'enfant (garçon) pesait 3,430 grammes et mesurait 54 centimètres. La femme meurt deux jours après. Autopsie : l'utérus présente extérieurement un relief qui sépare la partie supérieure plus épaisse de la partie inférieure ; ce relief est situé trois doigts au-dessus de l'orifice interne. Vastes déchirures du col, dont l'une va jusqu'à la séreuse.

L'auteur étudie, à propos de ce cas, le mécanisme des présentations du front, les causes qui maintiennent la présentation et celles qui tendent à fléchir ou à étendre la tête. Il insiste sur l'aggravation de pronostic qu'entraîne pour la mère et l'enfant l'existence du cercle de contraction dans les présentations du front. H. DE BRINON.

The anatomy and relations of the utérus during the tird stage of labour and the first days of the puerperium, par Freeland BARBOURG (*Edinb. méd. journ. p.* 313, *oct.* 1884).

Des faits cliniques et des préparations anatomiques observées par l'auteur ressortent les conclusions suivantes :

a) Mécanisme de la délivrance. Les membranes sont décollées dans une certaine mesure par les contractions utérines, après l'expulsion du liquide amniotique et du fœtus; leur expulsion est provoquée par le placenta qui les entraîne avec lui au moment où il est rejeté au dehors. Ces membranes se séparent d'ordinaire au niveau de la couche spongieuse, une partie reste à l'intérieur de l'utérus. Quant au placenta, s'il est situé sur les parois antérieure ou postérieure de l'utérus, il est expulsé par ses bords, comme l'a décrit Duncan, suivant l'axe de moindre résistance. Lorsqu'il est implanté sur le fond de l'utérus une portion de sa face fœtale correspond à la ligne de moindre résistance et est expulsée directement, par sa surface fœtale qui bombe de plus en plus ; il se forme un hématome rétro-placentaire, ainsi que l'a démontré Schultze.

Les conséquences pratiques de ces dispositions sont les suivantes :

1° Comme le décollement du placenta n'est pas dû à des altérations de l'implantation placentaire, mais à la pression générale de l'utérus contracté, la méthode de Credé d'extraction du placenta par pression reproduit ce qui se passe physiologiquement.

2° Comme la séparation des membranes est un processus graduel, puisqu'elles restent longtemps fixées au fond de la cavité utérine, la méthode de Crédé appliquée prématurément peut être nuisible, car elle expose à faire sortir le placenta et à laisser les membranes emprisonnées dans l'utérus. H. R.

Iconographie pathologique de l'œuf humain en rapport avec l'étiologie de l'avortement, par G.-V. MARTIN SAINT-ANGE (*In-4°, Paris*, 1885).

Les recherches bien connues de l'auteur sur le développement normal de l'œuf des vertébrés l'ont préparé d'ancienne date au travail actuel. Depuis 1832, son attention est attirée sur l'anatomie pathologique de l'œuf; il a recueilli plus de 300 produits d'avortement, il les a dessinés et disséqués lui-même. Il en a extrait plusieurs types qu'il reproduit en 19 planches chromolithographiques très remarquables et très soignées.

Les premiers chapitres consacrés à l'anatomie physiologique de l'œuf

Digitized by Google

mènent l'auteur à cette conception qu'il justifie par l'étude de ses pièces anatomiques à savoir qu'au point de vue pathologique l'influence de la caduque sur les anomalies de l'œuf est des plus manifestes. En effet, à l'état physiologique elle modifie le développement des villosités choriales et, à l'état pathologique, elle en abolit le fonctionnement. Or, toute la pathogénie de l'avortement se résume en ces termes : état pathologique de la caduque, altération consécutive de villosités choriales, mort du germe, son expulsion de la cavité utérine à une époque indéterminée.

La dysménorrhée membraneuse se résume dans les termes suivants : Exfoliation de la muqueuse utérine chez les vierges comme chez les femmes mariées, en relation avec des ovaires ou un utérus malades, généralement impropres à la fécondation; possibilité de distinguer avec un peu d'attention les produits fécondés de ceux qui ne le sont pas.

La planche et l'observation XXVII ont trait à un cas remarquable de séjour dans l'utérus, de l'œuf rompu au deuxième mois de la gestation, dix mois après cette rupture sans putréfaction des membranes.

De nombreuses observations établissent l'influence de la caduque sur la mort de l'œuf. L'auteur pense que, même dans les cas de mort du fœtus par une cause spécifique agissant de la mère directement sur le fœtus, la caduque est encore altérée. Il ne fait guère d'exceptions que pour les causes traumatiques. La caduque joue, par rapport à l'œuf, le rôle du périoste relativement à l'os. La coloration de la caduque altérée indique le degré et le moment de son altération. Rouge, elle est enflammée depuis peu de temps, jaunâtre, elle est enflammée depuis longtemps. Une ancienneté encore plus reculée du début imflammatoire se révèle par une usure de la caduque.

De ces considérations l'auteur tire des déductions pratiques au point de vue de la médecine légale et de la thérapeutique. PORAK.

Ueber das Eimpressen des Kopfes in den Beckenkanal zu diagnostichen Zwecken (L'enfoncement de la tête dans le bassin au point de vue du diagnostic), par A. MÜLLER (*Sammlung klinischer Vorträge*, 28 *décembre* 1885).

Le moyen employé et préconisé par l'auteur a surtout pour but de déterminer d'une façon pratique l'époque où doit se faire l'accouchement prématuré artificiel en cas de rétrécissement connu du bassin, et d'une manière générale de permettre à l'accoucheur de formuler le pronostic d'un accouchement au point de vue des rapports de volume du fœtus avec la filière pelvienne. Il peut être sans inconvénient pour la mère et pour l'enfant : et il est très rare que la sensibilité exagérée de la mère oppose un obstacle insurmontable. L'accoucheur saisit la tête de l'enfant à travers les parois abdominales et la repousse de haut en bas lorsque la tête cesse de descendre, le toucher vaginal permet de reconnaître à quelle profondeur elle est arrivée : il peut être pratiqué par la même personne; d'une main on maintient la tête enfoncée et de l'autre on fait le toucher; mais il vaut mieux confier à un aide expérimenté l'office de maintenir la tête une fois enfoncée. Dans le cas où les proportions relatives entre le fœtus et le bassin sont normales, la tête fœtale à la fin de la grossesse disparaît presque complètement dans le bassin sous l'influence de la pression extérieure et arrive jusqu'au plancher

Digitized by Google

périnéal ou très près; au contraire s'il y a disproportion, la tête reste au-dessus du détroit supérieur : dans ce cas il est encore possible que la nature termine seule l'accouchement, les forces déployées pendant le travail étant bien supérieures à celles mises en actions par l'accoucheur dans la manœuvre indiquée; mais en tout cas le médecin est prévenu que l'accouchement sera difficile. Lorsqu'il y aura lieu de songer à interrompre prématurément le cours de la grossesse, la manœuvre employée toutes les deux ou trois semaines permettra d'établir le moment précis où l'intervention doit avoir lieu; et cela avec beaucoup plus de sûreté que toutes les mensurations possibles. Il faut éviter de confondre la flexion de la tête sur le tronc avec le mouvement de descente dans le bassin ; le toucher permettra toujours d'éviter cette cause d'erreur.

H. DE BRINON.

Des pressions exercées par le forceps sur la tête fœtale pendant la traction, par Marius REY (*Arch. de tocologie, janvier* 1886).

A l'aide de démonstrations mathématiques, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

La pression exercée pendant les tractions par le forceps appliqué sur la tête fœtale est:

1° Proportionnelle à la résistance opposée par la tête et par suite à la traction;

2° Inversement proportionnelle au frottement des surfaces en contact et à l'étendue de ces surfaces.

L'effort par les mains est :

1° Inversement proportionnel au cosinus de l'angle formé par les branches articulées;

2° Proportionnel à la longueur des cuillers et inversement proportionnel à la longueur des manches.

PORAK.

Ueber die Berechtigung der zeitlichen Tremmung von der Wendung (Est-il utile de laisser s'écouler un certain intervalle de temps entre la version et l'extraction ?) par G. WINTER (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, XII, Heft* 1).

Le traitement classique des présentations transversales consiste actuellement après avoir tenté les manœuvres externes à faire la version combinée dès que l'orifice interne permet l'introduction de deux doigts et à attendre l'accouchement spontané. Le précepte d'intervenir aussitôt que possible après la rupture de la poche des eaux, et sans attendre la dilatation complète est basé sur la crainte: 1° de la mort de l'enfant dans l'utérus, et 2° des difficultés que rencontrerait plus tard la version. Pour l'auteur, cette double crainte n'est pas fondée; il n'y a aucun inconvénient et tout avantage au contraire pour l'enfant à attendre la dilatation complète de l'orifice interne. Il se base sur la statistique du service de Schrœder à la clinique de l'Université de Berlin. De 1876 à 1884, le nombre de présentations transversales non compliquées s'est élevée à 310. L'examen de ces cas montre que les enfants peuvent rester dans l'utérus un temps assez long après l'écoulement des eaux, sans que leur vie soit en danger. 17 fois sur 203 cas de rupture prématurée de la poche des eaux, l'écoulement des eaux a commencé de 6 à 18 heures

Digitized by Google

et dans un cas 3 jours avant l'extraction de l'enfant ; et les enfants n'en ont pas souffert.

Le danger, pour l'enfant, pendant la période de dilatation, ne provient pas de l'écoulement des eaux en lui-même, mais :

1° de l'entrée de l'air dans l'utérus déterminant le tympanisme utérin (4 cas, 4 enfants morts) : cet accident sera très rare, si l'on fait garder à la femme le repos horizontal, et si les examens sont faits avec précaution ;

2° du tétanisme utérin (5 cas, 5 enfants morts) mais le tétanisme ne se produit pas spontanément ; il est presque toujours le résultat de l'administration intempestive du seigle ergoté ou de manœuvres qu'on aurait pu éviter.

La violence des contractions utérines peut aussi causer la mort de l'enfant ; mais seulement dans la période d'expulsion.

Les difficultés que l'on peut redouter pour la version sont :

1° la distension excessive du segment inférieur entraînant le danger de rupture : cet état ne se produit que pendant la période d'expulsion ;

2° Le retrait passif de l'utérus ; sur les 310 cas recueillis par l'auteur, la version a été faite 195 fois après la rupture de la poche des eaux et souvent plus de 20 heures après ; 26 fois il a été expressément noté que la rupture de la poche des eaux avait été suivie de contractions très-fortes ; et cependant la version n'a jamais présenté de sérieuses difficultés.

3° L'état tétanique de l'utérus qui peut toujours être évité.

La version suivie immédiatement de l'extraction présente fort peu de danger pour l'enfant, à la clinique de Schrœder ; la mortalité a été dans ce cas de 2 0/0 ; au contraire la version pratiquée avant la dilatation du col et séparée de l'extraction par un intervalle plus ou moins long, a présenté une mortalité de 50 0/0. Dans le premier cas, 5 enfants morts sur 238 ; dans le second, 13 sur 27. La cause de la mort tient, soit aux lésions faites au cordon pendant la version, soit aux décollements du placenta, soit à l'introduction de l'air dans l'utérus.

Donc, toutes les fois que la poche des eaux est rompue, et *à fortiori* quand elle ne l'est pas, il faut attendre pour faire la version que l'extraction puisse se pratiquer immédiatement après la version. Cependant, certaines indications telles que le placenta prœvia, un commencement d'infection peuvent déterminer l'accoucheur à intervenir plus tôt ; mais en général il faut que le col soit complètement effacé (primipares) ou réduit à un simple bourrelet (multipares) pour procéder à la version.

H. DE BRINON.

Sphygmographic tracings in puerperal eclampsia, par W. BALLANTYNE (*Edinb. med. journ., p.* 1007, *mai* 1885).

L'auteur a eu l'occasion d'étudier attentivement, au point de vue de la pression artérielle, trois cas d'éclampsie puerpérale, et d'en prendre les tracés sphygmographiques. Voici les principales conclusions qui se dégagent de ce travail :

Pendant la grossesse, la complication d'une néphrite concomitante amène une augmentation de la pression artérielle, même si le volume du pouls parait petit.

Digitized by Google

Pendant le premier stade du travail, compliqué d'éclampsie, le tracé montre un pouls de haute tension, ressemblant à celui du frisson des fièvres. Au moment de la phase tétanique de la crise, cette tension atteint son maximum : elle tombe au contraire dans l'intervalle des attaques, et le pouls devient dicrote et même hyperdicrote, tout en étant très rapide : ce pouls rappelle celui qui survient après les hémorragies de la fièvre typhoïde. Dans l'agonie, ou sous le chloroforme, la tension sanguine s'abaisse (ce qui est peut-être une simple apparence due à la faiblesse de la contraction du cœur.) H. R.

On the occasionnal latency and insidiousness of grave symptoms in connection with the puerperal state, par W. PRIESTLEY (*Brit. med. journ.*, *p.* 337, *août* 1885).

L'auteur rapporte quatre observations où les symptômes de l'infection puerpérale furent tardifs et longtemps masqués par un début insidieux.

Obs. 1. — Jeune femme de 20 ans, de tempérament lymphatique, accouchée le 21 janvier. Travail un peu long, mais parfaitement régulier : pas d'hémorragie consécutive. Levée onze jours après, elle reste jusqu'au 19e jour, sans quitter sa chaise longue. A ce moment, elle ne présente aucun symptôme morbide, sauf de l'inappétence, des nausées et des vomissements de loin en loin. Le 28e jour, elle commence à éprouver des douleurs dans les jambes et le cou-de-pied gonfle : bientôt les autres jointures se prennent, comme dans une attaque de rhumatisme subaigu. Puis surviennent des troubles dans les fonctions digestives, des alternatives de diarrhée et de constipation, de la tympanite abdominale : finalement la malade succombe épuisée trente-huit jours après son accouchement.

Obs. 2. — Mme W... accouche le 25 mars, et les choses marchent régulièrement pendant trois semaines. Le médecin prend congé d'elle vers le 25 juin. Deux jours plus tard il est rappelé auprès de la patiente, qui souffre de douleurs rhumatismales dans les jambes et se trouve très déprimée. Bientôt surviennent du gonflement de la paupière, des douleurs orbitaires intolérables et une fonte purulente de l'œil. La malade se remit très lentement, et n'eut point d'autre manifestation pyohémique.

Obs. 3. — Femme de 23 ans, accouchée le 2 octobre, dans des conditions assez difficiles avec l'intervention du forceps. Les suites immédiates sont régulières, bien que l'utérus reste volumineux. Au bout d'une semaine, la malade se plaint de douleurs vagues dans les membres et la poitrine : ces douleurs se dissipent spontanément ; mais vers le 18e jour, au moment où la malade cherche à se lever, elles reviennent de nouveau accompagnées de frissons répétés. Quelques jours plus tard se déclare un vaste phlegmon profond du mollet qu'il faut inciser : la guérison se fait lentement.

Obs. 4. — Jeune femme de 23 ans. Accouchement long, mais régulier : Suites normales sauf une douleur localisée à la hanche, qui persiste pendant quatre ou cinq jours. Cinq semaines plus tard, au moment d'aller au baptême de son enfant, elle se trouve mal, et vomit. Huit jours après, elle se sent froid, et garde le lit deux jours. Le 31 janvier, sept semaines après l'accouchement, elle éprouve une douleur atroce à la cuisse, et frissonne : on reconnaît la présence d'un gonflement inflammatoire du volume d'une orange, dans la fosse iliaque droite. A partir de ce moment de nombreux accidents se succèdent : ce sont d'abord des arthrites rhumatoïdes multiples ; puis un épanchement pleurétique qui heureusement ne devint pas purulent. Les accidents ne cèdent qu'à la fin de mars, par l'ouverture du foyer purulent pelvien.

Digitized by Google

L'auteur insiste sur la longue incubation de ces accidents, qui semblent être des modalités de l'infection purulente puerpérale, l'agent phlogogène étant transporté par les voies lymphatiques après être resté pendant longtemps confiné dans les sinus utérins. H. R.

I. — Zur Aetiologie des Puerperalfiebers, par E. FRÆNKEL (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 34, 1885).

II. — Pathology of post partum uterus, par Freeland BARBOUR (*Edinb. med. journ.*, *p.* 434, *novembre* 1885).

I. — L'auteur a trouvé dans la rate et dans les veines de deux femmes enlevées par la fièvre puerpérale un bacille qu'il a cultivé avec succès. Les dimensions de ce bacille varient avec le terrain de culture. Dans la gélatine de Koch il se présente sous forme de coccus ovale, tandis que dans le bouillon et dans les pommes de terre il revêt l'aspect d'un bâtonnet.

C'est le bâtonnet que l'auteur a retrouvé dans les organes des animaux auxquels il a réussi à inoculer le virus des cultures. L. GALLIARD.

II. — Sous ce titre, l'auteur publie une observation bien étudiée de septicémie puerpérale, avec une autopsie intéressante à plus d'un titre. En effet, les lymphatiques utérins et tubo-ovariens étaient intacts, le péritoine n'était pas enflammé; donc, la porte d'entrée de l'infection ne paraissait pas être la voie lymphatique ni la communication directe de la séreuse péritonéale avec la muqueuse utérine. Mais les tissus utérins étaient remplis de caillots putrides, qui, examinés au microscope, fourmillaient de microcoques. Tous les viscères, congestionnés et farcis de petites ecchymoses, renfermaient également des colonies de microcoques embolisées dans les veines. Une bonne figure annexée à ce travail montre les thrombus septiques constitués par les amas de microcoques dans les vaisseaux du cœur et des reins. A ce propos, l'auteur passe en revue les récents travaux publiés sur les microorganismes de la fièvre puerpérale. H. R.

Zur Ætiologie der puerperalen Mastitis, par COHN (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band XI, Heft* 2).

L'auteur a examiné au microscope les liquides provenant de 8 cas de mammite puerpérale qui se sont présentés à la clinique de Berlin depuis le mois de juillet 1884 jusqu'en mars 1885. De ces 8 cas 3 étaient nettement phlegmoneux et ont dû être incisés: les cinq autres ont eu une marche bénigne.

Le pus des 3 cas phlegmoneux renfermait des micrococcus du genre *staphylococcus pyogenes aureus* décrit par Rosenbach. L'auteur a pu les cultiver dans la gélatine; il en présente des préparations à la société: une inoculation faite sur le dos d'un chat avec le produit d'une culture obtenue sur l'agar agar a donné en deux jours un abcès de la grosseur d'une pomme dont le pus renfermait les mêmes micrococcus, une seconde inoculation a été faite involontairement sur la femme de service du laboratoire; cette femme s'est piquée à la main avec la seringue qui avait servi à l'injection et a vu se développer un phlegmon

Digitized by Google

grave de la paume de la main; dans ce phlegmon on a encore retrouvé les micrococcus de Rosenbach.

Dans 4 autres cas de mammite légère (fièvre modérée pendant 2 ou 3 jours; douleur non excessive, rougeur peu intense, jamais violacée ni brillante: infiltration très étendue de consistance cirreuse, guérison par diminution de volume sans ramollissement) l'auteur a constaté la présence d'un streptococcus, non encore décrit, qu'il a réussi à cultiver pendant 7 mois consécutifs et qui, inoculé à des cochons d'Inde ou à des souris, produisit une suppuration superficielle de la plaie d'inoculation et chez un lapin détermina un abcès sous-cutané de la grosseur d'une pomme; cet abcès se résorba sans percer en 4 semaines.

Dans un 5e cas de mammite légère, il fut impossible de trouver aucune espèce de micrococcus.

L'auteur conclut de ce fait à l'existence probable de trois variétés de mammite : la mammite interstitielle ou phlegmoneuse, caractérisée par la présence du staphylococcus, la mammite glandulaire ou parenchymateuse, caractérisée par la présence du streptococcus, et la mammite par rétention. H. DE BRINON.

A case of rupture of the pregnant uterus during labor, par B.-F. BAER (*The American journal of obstetrics, juin* 1885).

Cette observation est intéressante au point de vue de la résistance qu'a présentée la malade aux causes de septicémie, et au point de vue des indications de la laparotomie dans des cas analogues.

Il s'agit d'une femme de couleur, âgée de 32 ans, ayant eu quatre enfants à terme et un avortement. Le 14 novembre 1884, début des douleurs : la rupture paraît s'être produite ce jour-là; à un moment donné, la femme dit avoir senti qu'il se faisait « un vide dans le ventre, » le travail s'est arrêté immédiatement après : le ventre est devenu douloureux, et une perte très abondante s'est produite par les organes génitaux. Pendant quelques heures, la malade a été considérée comme morte par son entourage; mais elle est revenue à elle, et ce n'est que onze jours après, le 25 novembre, qu'un médecin l'a vue pour la première fois. L'auteur, appelé lui-même le 26, constate avec son collègue qu'il s'agit bien d'une rupture avec passage de l'enfant dans la cavité abdominale, et propose le transport de la femme à l'hôpital et la laparotomie : le logement de cette malheureuse présentait des conditions trop défectueuses pour y tenter l'opération. Mais elle refuse d'abord, et ce n'est que le 29 novembre qu'elle et son mari se décident à solliciter l'intervention; mais elle se refuse encore à quitter son domicile. L'auteur, assisté de confrères, endort la malade et extrait par le vagin le placenta et le fœtus dans un état de décomposition complète. La cavité dans laquelle se trouvait le fœtus était complètement séparée des intestins par une membrane résistante : lavage de cette cavité à l'eau phéniquée à l'aide d'un long tube; pansement simple avec du coton. La malade a vécu jusqu'au 9 décembre. A l'autopsie, on constate que l'utérus est enveloppé d'un large sac pseudomembraneux; la cavité de ce sac communique avec la cavité utérine par une longue déchirure qui va de la trompe droite à l'insertion vaginale. Pas de collection séreuse ou purulente dans la cavité abdominale.

L'auteur pense que si cette malade s'était trouvée dans des conditions hygiéniques meilleures, la guérison eût été possible, et il conclut de ce fait que la laparotomie doit être réservée aux cas où le médecin est appelé avant la formation du sac pseudomembraneux; dans les cas

Digitized by Google

où ce sac existe, il vaut mieux chercher à extraire l'enfant par les voies naturelles.

H. DE BRINON.

MALADIES DES ENFANTS.

I. — **Ueber Spitalinfectionen (Des infections dans les hôpitaux), par Hagenbach BURKHARDT** (*Jahrb. für Kinderheilk.*, *p.* 105, 1886).

II. — **Beobachtungen ueber Disposition zu Keuchhusten, Masern und Scharlach (Prédisposition à la coqueluche, à la rougeole et à la scarlatine, etc.), par Ph. BIEDERT** (*Ibidem*, *p.* 93, 1886).

III. — **A note on scarlatinal albuminury, par H. BARNES** (*Edinb. med. journ p.* 920, *vol. CCCLXX*, 1886).

IV. — **The infective fevers in their relation to cerebral tumours, etc., par J. SHAW** (*New York med. journ.*, *p.* 431, 1885).

I. — De 1870 à fin mai 1885, on a reçu à l'hôpital des enfants de Bâle 4,568 enfants; sur ce nombre on a observé 324 infections intérieures ou 7.09 0/0.

Ces 324 cas se répartissent de la façon suivante :

33 cas :	rougeole	9 morts
80 —	scarlatine	19 —
34 —	coqueluche	4 —
68 —	diphtérie	26 —
68 —	érysipèle	8 —
8 —	fièvre typhoïde	1 —
33 —	varicelle	0 —
324 cas.		67 morts.

On voit donc combien certaines épidémies sont graves dans les hôpitaux d'enfants et combien surtout celles de rougeole sont mortelles. Leur mortalité dépasse même celle de la scarlatine et est bien supérieure à celle de la rougeole de ville où son taux ne dépasse pas 3.68 0/0.

D'ailleurs, la mortalité de toutes les autres maladies infectieuses citées, est bien plus grande à l'hôpital qu'en ville.

II. — L'auteur observa en juin 1879, dans un village près de Haguenau, une double épidémie de rougeole et de coqueluche, alors que depuis seize ans la première de ces maladies n'a pas été observée et que la seconde n'a fait que de courtes et rares apparitions. Sur une population de 418 enfants appartenant à 147 familles; 17 enfants appartenant à 13 familles ont joui d'une complète immunité. Des 401 autres enfants, 344 ont eu la rougeole, 366 la coqueluche et 340 les deux maladies ensemble. Il y avait donc une disposition proportionnelle de 85.8 0/0 à la rougeole, de 91.3 0/0 à la coqueluche et de 84.7 0/0 aux deux maladies réunies.

Digitized by Google

Pour ce qui concerne l'influence de l'âge sur l'immunité de ces maladies, Biedert a observé que :

a) L'immunité contre la rougeole a porté :

De 0 à 5 ans, sur 13 enfants
De 5 à 10 — — 7 —
De 10 à 14 — — 26 —

b) L'immunité contre la coqueluche a porté :

De 0 à 5 ans, sur 7 enfants.
De 5 à 10 — — 4 —
De 10 à 14 — — 19 —

La prédisposition à ces deux maladies diminue donc notablement après la dixième année.

Sur le nombre total des enfants malades 39 (10.4 0/0) sont morts, mais parmi ceux-ci il n'y avait qu'un seul de 5 ans, un de 7 ans et un de 9 ans, tous les autres étaient âgés de moins de 2 ans.

Il résulte donc que la rougeole et la coqueluche sont d'autant plus dangereuses qu'elles frappent des individus plus jeunes. Quant à la question de la gravité de la rougeole chez les adultes, Biedert considère les différentes statistiques comme trop contradictoires et demandant de nouvelles recherches.

Dans un petit village montagnard, l'auteur eut l'occasion d'observer une épidémie de scarlatine qui frappa 65 enfants sur 132 au-dessous de 14 ans, dont 20 appartenant à 10 familles restèrent complètement indemnes. SCHACHMANN.

III. — L'auteur a vu l'albuminurie survenir, dans plusieurs cas, dès le troisième jour de la maladie.

Dans la phase pyrétique on peut trouver des cylindres, par conséquent, il existe une véritable néphrite.

L'albuminurie peut être intermittente et survenir seulement le soir, quelquefois elle se montre seulement après une alimentation richement azotée. Ce fait a de l'importance et semble montrer que les reins ne sont pas encore revenus à la normale. A. M.

IV. — L'auteur admet que, chez les enfants, le développement des tumeurs cérébrales est souvent une suite de la rougeole, et apporte à l'appui 5 observations personnelles. Il suppose que la lésion néoplasique est d'abord vasculaire ou périvasculaire.

Cette complication de la rougeole serait surtout fréquente chez les enfants atteints d'hérédité névropathique. A. CHAUFFARD.

I. — **Nephritis hæmorrhagica nach Varicellen (Néphrite aiguë consécutive à la varicelle), par Arthur HOFFMANN** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 38, *p.* 612, 22 *septembre* 1884).

II. — **Zwei Faelle von Nephritis varicellosa (Deux cas de néphrite varicelleuse) par Franz HÖGYES** (*Jahrb. f. Kinderheilkunde, t. XXIII, fasc.* 3, 1885).

I. — Garçon de 7 ans ayant eu successivement des convulsions, de l'eczéma, une typhlite et la coqueluche. Le 6e jour d'une varicelle, il est pris de fièvre avec urine rare, trouble rougeâtre, contenant en abondance de l'albumine, des cylindres, des globules rouges ratatinés et des cellules épithéliales.

Digitized by Google

Sous l'influence des bains de vapeur, du perchlorure de fer et de la diète lactée au bout de 18 jours les urines redevinrent normales.

Le frère et la sœur ont contracté la varicelle à son contact, mais n'ont pas eu de complications (*R. S. M.*, XXVI, 630).

II. — B. K..., garçon âgé de 2 années et demie, entre à l'hopital Stéphanie de Buda-Pest le 14 octobre 1881 pour subir l'opération de symblépharoptose. Contracte la varicelle. Le 12 novembre il ne reste plus trace de pustules. Jusqu'au 15 novembre l'enfant ne présente rien d'anormal mais dans la matinée de cette date sa figure est bouffie et les articulations des pieds et des mains sont œdématiées; la quantité d'urine est diminuée. A partir du 16, l'état de l'enfant devient très mauvais, la température s'élève, le pouls et la respiration s'accélèrent, l'œdème augmente et se généralise et l'anurie est complète pendant 18 heures; la vessie n'est pas dilatée et des vomissements surviennent. Avec la sonde on retire environ 15 centimètres cubes d'urine épaisse, rouge brun et riche en albumine; au microscope on y trouve des cylindres, de l'épithélium rénal et beaucoup de globules rouges. Bientôt on trouve des signes de bronchopneumonie, l'œdème augmente, la respiration s'embarrasse de plus en plus et l'enfant succombe dans l'après-midi du 18.

A l'autopsie on trouve les reins lobulés, pâles; la substance corticale un peu élargie, gris rougeâtre; les pyramides sont plus foncées. La muqueuse du bassinet et des uretères est pâle; celle de la vessie est piquetée de petites ecchymoses. Au microscope on constate que les tubuli contorti et les anses de Henle sont presque exclusivement atteints. Le contour de leurs cellules épithéliales est effacé, leur portion qui fait saillie dans la lumière des canalicules se confond avec celle des voisines et elle forme une substance finement granuleuse, homogène qui obstrue presque complètement les canalicules. Leur portion basale, au contraire, s'applique exactement sur la membrane limitante et l'on ne voit nulle part l'épithélium détaché. Par places la portion marginale des épithéliums a complètement disparu, de sorte que la portion basale fait seule saillie dans le canalicule. Les noyaux se colorent généralement bien. Quelques canalicules sous-jacents à la capsule renferment du sang, de même quelques capsules de Bowmann. Tous les autres éléments des reins sont en état normal et on ne trouve pas de microbes.

Dans ce cas la néphrite apparut donc le 20e jour après l'éruption de la varicelle et rien dans les antécédents de l'enfant ne pouvait servir de point d'attache à cette complication, si ce n'est la varicelle.

M. S..., jeune fille de 7 ans, entre au même hôpital le 28 octobre atteinte de varicelle. L'exanthème est plus abondant que le précédent, mais il évolue presque sans réaction fébrile et l'enfant sort complètement guérie le 7 novembre. Le 21 novembre on la ramène à l'hôpital, la face bouffie, les pieds œdématiés, état dans lequel elle se trouvait depuis 2 jours. On trouve les viscères en état normal, mais on constate de l'albumine en quantité notable dans les urines et le microscope y révèle des cylindres et des cellules epithéliales. Quelques jours après, en même temps que la quantité d'urine augmentait et que son contenu d'albumine diminuait, survient de l'ictère; la température s'élève à 41° et la malade accuse des douleurs intenses dans les articulations du membre supérieur gauche, mais qui cèdent au salicylate de soude. Après quelques oscillations dans la température et les douleurs articulaires, ces douleurs, la fièvre et l'ictère diminuent progressivement et le 12 décembre on constate avec une diurèse abondante la complète disparition des autres signes de la néphrite.

L'auteur conclut de ses observations et de celles qu'il a trouvées dans la littérature médicale : 1° Après la varicelle peuvent se développer des néphrites secondaires comme dans les autres maladies infectieuses; 2° cette néphrite peut être aussi grave que celle qui complique la variole

Digitized by Google

ou la scarlatine; 3° la néphrite peut se montrer après un temps variable à la suite de la varicelle (5-21 jours); on n'en a pas encore constaté avant la dessiccation des pustules.

M. SCHACHMANN.

Hemiparesie und Hemianästhesie nach Diphtheritis, par ROSENTHAL (*Soc. des méd. de Vienne*, 19 *juin* 1885).

Fille de 15 ans, atteinte de diphtérie et guérissant spontanément. Trois semaines après la guérison, douleur et faiblesse de la main et de la jambe à droite, nasonnement, déglutition difficile, rejet des liquides par le nez. La luette est portée à gauche. Hémiparésie du côté droit avec hémianesthésie; les excitations mécaniques et électriques ne causent aucune sensation à la malade.

La malade n'a offert jusqu'à ce moment aucun symptôme d'hystérie; il est donc rationnel d'attribuer les accidents à l'intoxication diphtérique.

L. GALLIARD.

I. — Contribution à l'étude de l'hémiplégie cérébrale infantile, par E. GAUDARD (*Thèse de Genève*, 1884).

II. — Ueber cerebrale Kinderlähmung (Paralysie cérébrale infantile), par H. RANKE (*Jahrb. für Kinderheilk.*, *p.* 78, 1886).

III. — Diffuse sclerosis of brain in an infant (Sclérose cérébrale chez un enfant de 22 mois), par ASHBY (*Brit. med. journ.*, *p.* 155, *janvier* 1886).

IV. — Hemianästhesie durch congenitale Gehirnläsion verursacht (Hémianesthésie par lésion cérébrale congénitale), par ALTHAUS (*Deutsch. med. Woch.*, *p.* 38, 1886).

V. — Die spastische Spinalparalyse im Kindesalter (Paralysie spastique spinale chez l'enfant), par NAEF (*Thèse inaugurale*, *Zurich*, 1885).

VI. — Un cas de localisation cérébrale dans la première enfance, par A. BAGINSKY (*Berlin. klin. Woch.*, *XXI*, *p.* 442, *juillet* 1884).

VII. — Drei Fälle von Tabes im Kindesalter (Trois cas d'ataxie locomotrice dans l'enfance), par P. REMAK (*Ibidem*, *n°* 7, *p.* 105, *février* 1885).

I. — Gaudard a exclu de son étude les paralysies passagères et symptomatiques d'une affection (méningite, tumeur) en cours d'évolution, pour ne s'occuper que des paralysies consécutives à une hémorragie cérébrale, à une encéphalite ou à un ramollissement du cerveau.

Voici les conclusions de ce travail basé sur 14 observations inédites et sur 80 cas empruntés aux auteurs.

1° La paralysie cérébrale infantile est un peu moins fréquente que la paralysie spinale. Comme celle-ci, elle survient en général dans les trois premières années, tantôt brusquement, avec ou sans perte de connaissance ou après une attaque épileptiforme, tantôt, mais plus rarement, d'une façon lente;

2° Elle se distingue de la paralysie infantile par sa forme hémiplégique, par l'exagération des réflexes, la conservation de la contractilité faradique et l'absence de la réaction de dégénérescence musculaire;

3° Elle diffère des paralysies cérébrales analogues de l'adulte, par son retentissement beaucoup plus fréquent sur le squelette. L'arrêt de développement porte principalement sur le membre supérieur, plus rare-

Digitized by Google

ment sur l'inférieur et exceptionnellement sur les os de la moitié correspondante de la tête;

4° L'accident initial de l'hémiplégie infantile est habituellement dû à une méningo-encéphalite de la zone corticale motrice, quelquefois au ramollissement par embolie ou thrombose et rarement à une hémorragie cérébrale;

5° L'hémiplégie survient souvent dans la convalescence des maladies aiguës, mais la syphilis héréditaire en est parfois la cause, indépendamment des paralysies symptomatiques des gommes;

6° Elle coïncide souvent avec l'intégrité des facultés intellectuelles (12 fois sur les 14 observations personnelles). Cette affection n'est donc pas synonyme de sclérose cérébrale, nom qu'il faut réserver à l'encéphalite interstitielle, multiple ou étendue, qui entraîne toujours l'idiotie;

7° Le traitement, appliqué dès le début et avec persévérance, prévient l'arrêt de développement, la contracture et les déformations secondaires.

J. B.

II. — L'auteur a observé dans son service, pendant l'été de 1885, 9 cas d'encéphalite dont 6 présentaient la forme hémiplégique et 3 la forme monoplégique. Dans tous ces cas, la maladie datait depuis la première enfance et dans trois cas les parents étaient même d'avis qu'elle était congénitale.

Sur le début de cette maladie, on n'a eu généralement que des renseignements vagues et les prodromes auraient même complètement fait défaut dans quelques cas. La perte de connaissance et des contractures ont été observées plusieurs fois, mais la fièvre n'a pas toujours été remarquée.

Dans les formes hémiplégiques, le bras était toujours le plus atteint et dans tous les cas de cette forme, ainsi que dans le seul cas de monoplégie brachiale, on a pu constater un arrêt dans la croissance du membre; cette diminution de longueur a varié entre 5 millimètres et 5 centimètres. Le trouble trophique n'intéressait que les muscles et les os, tandis que le pannicule sous-cutané est resté intact.

Dans tous les 6 cas hémiplégiques, on a observé de l'athétose plus ou moins marquée et, dans 3 de ces cas, l'athétose se montra même aux orteils. Dans 2 de ces cas, il y avait des troubles intellectuels. Un garçon est devenu épileptique 4 ans après la paralysie.

La paralysie n'a jamais été flasque dans tous ces cas; il y avait toujours une certaine tension musculaire sans qu'on ait cependant jamais pu constater des contractures.

Contrairement à ce qu'on observe dans la poliomyélite, le réflexe tendineux a été conservé dans les membres atteints de tous les malades. Leur sensibilité ne différait pas notablement de la normale. On n'a pas pu constater de modification dans le sens musculaire et l'auteur n'a pas encore rencontré la participation de la région faciale à la paralysie.

On n'a jamais observé un abaissement notable dans la réaction des nerfs et des muscles aux deux espèces de courants électriques, et la réaction de dégénération n'a pas été remarquée.

L'auteur n'a pas eu l'occasion de faire l'autopsie d'un de ces cas, mais les symptômes observés paraissent indiquer la localisation des lésions dans les régions motrices de l'écorce cérébrale, et c'est pourquoi il

Digitized by Google

adopte le nom de *poliencéphalite aiguë*, que Strümpell a donné à cette maladie. M. SCHACHMANN.

III. — Il s'agit d'un enfant idiot dès sa naissance, sourd et muet, atteint de convulsions répétées et fréquentes, surtout du côté droit : à 8 mois, il eut du nystagmus : vers cette époque les membres inférieurs commencèrent à être contracturés ainsi que le bras droit; mort à 22 mois. A l'autopsie, augmentation du liquide céphalo-rachidien, épaississement des méninges et vascularisation exagérée de la pie-mère. Le cerveau est ferme et lisse sans trace de circonvolutions. La scissure sylvienne existe, celle de Rolando manque. Les lobes frontaux sont granuleux et leur surface ressemble à celle d'un foie cirrhotique. Les ventricules sont distendus par du liquide.

L'examen microscopique montre un épaississement des petits vaisseaux cérébraux, une disparition presque complète des cellules nerveuses, et une hypertrophie de la névroglie qui est devenue fibrillaire. Il existe également une sclérose dégénérative le long des pyramides et au niveau des faisceaux latéraux de la moelle.

L'auteur admet l'influence d'une méningo-encéphalite chronique intra-utérine pendant les derniers mois de la vie fœtale. H. R.

IV. — Fille de 12 ans bien constituée, chez qui l'auteur constate une hémianesthésie complète à gauche, avec hémianalgésie, thermoanesthésie, paralysie des sens spéciaux du même côté. La motilité à gauche est un peu affectée, mais il n'y a pas de paralysie véritable.

L'auteur apprend qu'à sa naissance elle a subi l'application du forceps, et qu'immédiatement elle a eu des accès convulsifs et une hémiplégie gauche. Son intelligence s'est développée lentement; elle n'a parlé qu'à l'âge de 7 ans. Plusieurs accès épileptiformes.

C'est au traumatisme par la branche du forceps que l'auteur attribue ces accidents. Il admet une hémorragie de l'écorce ou de la capsule interne à droite. Il repousse l'hystérie à cause de la précocité des phénomènes. L. GALLIARD.

V. — L'auteur divise ces paralysies spasmodiques en trois groupes :

1° Paralysies spinales spasmodiques pures.

(4 cas nouveaux, 59 recueillis dans la littérature);

2° Paralysies spinales spasmodiques compliquées de symptômes cérébraux;

(4 cas nouveaux et 37 observations recueillies dans la littérature);

3° Affections médullaires se présentant plus ou moins sous la forme de paralysies spinales spasmodiques.

(2 cas personnels et 1 cas étranger).

La lésion anatomique, dans le premier groupe, est vraisemblablement une aplasie simple, rarement une dégénérescence des faisceaux pyramidaux de la moelle. En tout cas, ici, le cerveau reste entièrement intact. Au point de vue anatomique, la dénomination de cette forme « paralysie spinale pure » n'est pas encore complètement justifiée. Dans la forme cérébro-spinale, on trouve de l'aplasie des centres moteurs du cerveau, et la dégénérescence secondaire peu prononcée des faisceaux pyramidaux de la moelle. Le plus grand nombre des cas, d'après l'auteur, appartient à ce groupe de paralysies spinales spasmodiques. Le troisième groupe comprend les maladies, qui se localisent primitivement sur les cordons latéraux. et s'étendent ensuite aux autres systèmes de la moelle. Au début, on est en présence du tableau clinique de la paralysie spinale spasmodique; puis, par suite de l'extension à d'autres parties de la moelle

Digitized by Google

ce tableau clinique se complique des symptômes dus aux nouvelles régions envahies. L'auteur étudie ensuite, avec le plus grand soin, l'étiologie et la symptomatologie de ces paralysies spinales et spasmodiques.

LESAGE.

VI. — Enfant de 9 mois, atteint de ptose palpébrale et de dilatation pupillaire du côté droit et de paralysie totale du facial gauche avec déviation de l'œil gauche en dehors et en bas. Cette coexistence d'une paralysie bilatérale partielle du moteur oculaire commun avec une paralysie complète du facial gauche, permettait d'exclure une affection de la base, car, avec l'étendue qu'elle eût dû avoir, il y aurait eu des phénomènes méningitiques qui manquaient entièrement.

Sensorium libre. Ni vomissements, ni irrégularités du pouls. On ne pouvait croire qu'à un foyer occupant la portion antérieure de la protubérance au niveau du centre moteur des muscles oculaires. La ptose et la paralysie pupillaire rendaient vraisemblable l'idée que ce foyer siégeait à droite et comme la syphilis n'était pas en question, Baginsky admit la probabilité d'une lésion tuberculeuse.

Ultérieurement, mouvements de trémulation des membres supérieur et inférieur gauches, puis inclinaison de la tête en arrière et à gauche et flexion latérale du tronc sur le même côté. On avait donc maintenant tous les signes caractéristiques d'un foyer occupant le pédoncule cérébral droit et la partie antérieure de la protubérance.

A la fin de la vie, la fontanelle devint proéminente ; contracture en extension du membre inférieur droit et convulsions cloniques, analogues à des secousses électriques, dès qu'on essayait de fléchir ce membre. Strabisme divergent et divergence de plus en plus marquée des axes optiques dans le plan horizontal de l'ophtalmoscope, tuméfaction des papilles optiques.

Mort dans le marasme.

Autopsie. — Hydrocéphalie considérable. Méninges intactes. Pas de tubercules miliaires.

Dans le pédoncule cérébral droit, foyer rempli de matière caséeuse (dans laquelle on ne put trouver de bacilles) s'étendant en avant jusqu'à la couche optique, en arrière dans le tiers antérieur de la protubérance et ayant détruit presque tout le pédoncule. Ce foyer était entouré d'une zone, orangé brun, un peu ramollie et infiltrée de sang. J. B.

VII. — Depuis qu'on a reconnu que l'ataxie héréditaire de Friedreich (*R. S. M.*, XI, 524) n'a rien à voir avec la dégénération grise classique des cordons postérieurs, les faits d'ataxie locomotrice chez des enfants sont devenus des plus rares. Henoch, en 1875, déclara avoir observé chez un enfant de 6 ans le développement de symptômes tabétiques, mais il se garda d'autant plus d'affirmer le diagnostic du tabes que plus tard ces phénomènes disparurent. Dans la discussion consécutive de la Société médico-psychologique de Berlin, Westphal raconta avoir vu, durant des années, un jeune garçon offrant une image type de l'ataxie locomotrice.

Dès lors, on n'a guère publié que 4 faits de ce genre : ce sont ceux d'Eulenburg (*Lehrb. der Nerven Krankh.*, 1878, II, p. 459), Hollis (*British med. Journ.*, 31 juillet 1880), Leubuscher (*Berlin. klin. Woch.*, 1882, n° 39), et de Jacubowitsch (*Arch. f. Kinderheilk.*, V) concernant des enfants de 9 ans, de 13 ans, de 3 ans, et de 10 ans et demi ; le premier était une fillette, les trois autres sont des garçons. Les cas d'Eulenburg et de Jacubowitsch ne laissent aucune prise au doute.

De son côté, Hemak a eu l'occasion d'observer à la clinique ophtalmo-

Digitized by Google

logique d'Hirschberg, 3 cas d'ataxie locomotrice chez des enfants; en voici le résumé :

1er *cas*. Fillette de 12 ans. Père et mère syphilitiques. Après avoir eu la rougeole, la varicelle et la diphtérie, arrivée à l'âge de 9 ans, elle est tombée sur l'occiput et est restée un certain temps sans connaissance. Quelque temps après survint de l'incontinence d'urine qui a toujours été en augmentant et persiste encore actuellement; en outre, la miction volontaire est très lente; jusqu'il y a neuf mois il existait aussi de l'incontinence des matières fécales. L'enfant a eu des syncopes répétées sans convulsions, mais souvent suivies de vomissements. Jusqu'à l'an dernier, elle accusait de vives douleurs occipitales. En 1881, apparurent des troubles du côté des nerfs cérébraux; ptosis gauche, diplopie, diminution considérable de l'acuité visuelle. A l'ophtalmoscope, les deux nerfs optiques présentent une atrophie de moyen degré; le champ visuel est rétréci, surtout à droite. Sensation de ceinture; diminution de la sensibilité, surtout aux membres inférieurs; absence complète des réflexes rotuliens. Pas trace d'ataxie; par instants, crises gastriques et douleurs fulgurantes dans les quatre membres. Sous l'influence de l'iodure de potassium, du nitrate d'argent et d'un séjour à la campagne, tous les troubles se sont amendés, à l'exception des accidents vésicaux, de l'amblyopie et de l'absence des réflexes rotuliens.

2e *Cas*. — Garçon de 14 ans, sans antécédents morbides graves, mais toujours débile. Il y a quelques années, douleurs rhumatoïdes dans les quatre membres, mais beaucoup plus fréquentes dans la cuisse gauche. Depuis un an, incontinence d'urine, d'abord nocturne, puis aussi diurne; en même temps, diminution de l'acuité visuelle. A l'ophtalmoscope, atrophie marquée avec excavation commençante et teinte verdâtre des deux nerfs optiques; champ visuel rétréci, surtout à gauche. Absence des réflexes rotuliens. Aucun trouble de la sensibilité, aucune ataxie. A la suite d'un traitement spécifique, la vision s'est un peu améliorée.

3e *Cas*. — Garçon de 16 ans; père syphilitique et ataxique à la première période. Ce jeune malade a eu, il y a trois ans, durant six mois de l'incontinence nocturne des urines; un an plus tard, il a éprouvé de violentes douleurs dans les incisives qui sont saines; actuellement le point d'emergence du nerf sous-orbitaire droit est encore sensible à la pression. La marche est impossible les yeux fermés; il n'y a d'hyperesthésie qu'au niveau de la septième vertèbre cervicale. Mais les divers modes de la sensibilité sont très affaiblis aux membres inférieurs et les réflexes rotuliens font défaut. A l'ophtalmoscope, les nerfs optiques sont verdâtres et atrophiés; l'acuité visuelle est très diminuée, surtout à droite, et le champ visuel est rétréci.

J. B.

Latent pericarditis and sudden death (Péricardite, mort subite), par STURGES (*The Lancet*, 25 *juillet* 1885).

Un enfant de 7 ans, frais, vigoureux, sans aucun antécédent morbide, et membre d'une nombreuse famille de race très vigoureuse, va jouer au crocket après avoir bien déjeuné, court ensuite un quart de mille pour regagner l'école et tombe mort en arrivant. A l'autopsie on trouve un certain degré d'hypertrophie du ventricule gauche et une péricardite adhésive manifestement récente. Le cœur gauche était entièrement vide de sang; il n'existait ni lésion valvulaire ni endocardite, tous les autres organes étaient sains. La mort fut attribuée à une syncope par paralysie de l'action cardiaque, sous l'influence de l'irritation péricardiaque, favorisée par un grand effort musculaire pendant la période de la digestion.

H. B.

Digitized by Google

Cas d'asthme thymique, par DARDEL (*Rev. médic. Suisse romande, IV*, 474, *août* 1884).

Garçon de 13 mois, scrofuleux, dont le père a eu des convulsions dans son bas âge. L'enfant, à l'âge de 3 mois, a eu un eczéma généralisé pendant la durée duquel il a eu, deux ou trois fois par semaine, des convulsions, durant un mois.

Il s'enroue facilement en buvant.

Six mois plus tard, accès de suffocation pendant plusieurs nuits. Ils disparurent au moment de la percée des incisives médianes inférieures, mais se renouvelèrent au bout de trois mois, où l'enfant en eut jusqu'à 20 dans une nuit. Dardel reconnut qu'il s'agissait d'un spasme de la glotte.

Le mois suivant, bronchite capillaire avec cinq accès de convulsions généralisées dans une journée.

Deux mois plus tard, en pleine convalescence, l'enfant est brusquement pris en jouant d'un accès de spasme glottique qui amène la mort en peu de secondes.

Autopsie : Outre les signes de la mort par suffocation, trachée de calibre plus petit qu'à l'état normal, surtout au niveau de sa jonction avec le cricoïde, où elle est entourée par un petit goitre, figurant un fer à cheval.

Le thymus, très volumineux, est serré entre le sternum et la trachée à laquelle il adhère intimement. J. B.

Observation chez un enfant de 16 mois d'une pneumonie double d'origine infectieuse, par GIBERT (*Normandie médicale*, 1er *mai* 1886).

Cet enfant fut pris subitement d'un accès formidable de fièvre avec 41°. Le lendemain, il présentait un énorme gonflement de tous les ganglions sous-maxillaires des deux côtés. Au bout de vingt-quatre heures, le gonflement était achevé et la fièvre tombait. La tuméfaction était telle qu'entre le thorax et le visage il n'y avait pour ainsi dire pas de démarcation.

Le cinquième jour, l'engorgement ganglionnaire disparaissait presque aussi vite qu'il était venu, et l'enfant reprenait quelques heures de gaieté. Mais le lendemain matin survenait tout à coup une dyspnée intense avec de la fièvre, sans toux. A l'auscultation, on constatait l'existence d'une pneumonie de tout le poumon gauche, caractérisée par une matité absolue et du souffle. Quarante-huit heures après, le second poumon se prenait de la même manière, et la mort survenait au bout de quelques heures.

L'auteur admet qu'il y a eu dans ce cas une influence infectieuse. Le poison aurait atteint d'abord la masse des ganglions sous-maxillaires, puis les poumons par une véritable métastase. GASTON DECAISNE.

Rhumatism in early life (Du rhumatisme dans l'enfance), par H.-D. CHAPIN (*New York Acad. of med.*, 18 *février* 1886).

Chapin retrace l'histoire du rhumatisme chez l'enfant d'après 76 cas qu'il a eu à traiter, dont 3 chez des enfants de 6, 11 et 20 mois, le plus grand nombre portant sur l'âge de 5 à 10 ans. Sur ces 76 cas, il compte 50 filles, 26 garçons; Goodhart sur un chiffre de 69 avait trouvé 42 filles, 27 garçons.

Dans 43 cas, les membres inférieurs seuls étaient atteints, dans 3, les membres supérieurs seuls.

Dans 26 cas, il y a eu une complication cardiaque, un degré plus ou moins prononcé d'endocardite.

Digitized by Google

Chapin regarde la chorée comme liée au rhumatisme; il a relevé cette diathèse 22 fois sur 32 cas de chorée.

L'amygdalite signale fréquemment le début du rhumatisme (13 fois) ou se montre dans le cours de la maladie. Cette fréquence fait hésiter l'auteur à admettre une simple coïncidence.

Il administre surtout le salicylate de soude.

John Peters donne le phosphate de soude ou le tartrate de fer et de potasse.

Lewis Smith a observé 73 cas de rhumatisme chez l'enfant; chez 43 il a trouvé un souffle mitral. La péricardite est bien plus rare que l'endocardite. Il admet aussi la relation étiologique entre la chorée et le rhumatisme; sur 68 cas de chorée, il a trouvé 26 fois du rhumatisme antérieur. Il donne également le salicylate de soude à la dose de 50 à 75 centigrammes par jour pour un enfant de 4 à 5 ans. A. C.

Des hémorragies génitales des petites filles. De la menstruation et de la maternité précoces, par V. GAUTIER (*Revue médic. Suisse romande, IV, p.* 501, 553 *et* 633).

Monographie renfermant un index bibliographique et quelques observations personnelles.

Laissant de côté les hémorragies, très rares, dues à une diathèse (hémophilie, purpura) Gautier établit 4 groupes distincts dans les hémorragies des voies génitales chez les petites filles.

1er *Groupe : Hémorragie vulvaire des nouveau-nés* (30 cas environ). Elle s'observe spécialement du troisième au sixième jour après la naissance. L'écoulement commence quelquefois par être muqueux avant de devenir sanguin; d'autres fois c'est l'inverse. La quantité en est toujours modérée; la perte ne dure que trois ou quatre jours au plus, ne récidive pas et ne s'accompagne d'aucun trouble dans la santé générale. Pour Gautier il s'agit là d'un catarrhe vagino-vulvaire, ne nécessitant aucune médication.

2e *Groupe : Menstruation précoce sans développement corporel prématuré* (24 cas, avant l'âge de 8 ans, et depuis la première semaine de l'existence). L'hémorragie utérine revient périodiquement, presque toujours chaque mois et est toujours précédée de symptômes précurseurs analogues à ceux observés chez les filles pubères. La menstruation précoce n'a souvent qu'une durée limitée à quelques mois; d'autres fois, elle cesse, puis reparaît encore, avant que l'enfant ait atteint l'âge de la maturité.

3e *Groupe : Hémorragie par tumeurs des organes génitaux* (4 cas pour l'ovaire). Certaines de ces tumeurs sont accompagnées d'un développement prématuré des organes sexuels. Ici l'hémorragie n'a ni la régularité ni l'abondance de l'hémorragie menstruelle. Les tumeurs qui l'occasionnent peuvent siéger à la vulve dans le vagin ou l'ovaire (sarcomes). Les kystes dermoïdes de l'ovaire retardent au contraire l'apparition de la menstruation. Quant aux tumeurs primitives de l'utérus, elles n'existent pas à cet âge.

4e *Groupe : Maturité précoce* (41 cas). Les premiers indices s'en manifestent dès la naissance : ce sont tantôt le poids de l'enfant, tantôt le gonflement des seins, tantôt la présence de poils à la vulve, une fois

Digitized by Google

l'écoulement menstruel. Dans la moitié des cas, la menstruation a débuté dans le cours de la première année.

Les enfants précoces offrent une stature remarquablement élevée dès leur première année et jusqu'à peu près vers l'âge de 5 ans. Dès lors, leur croissance se ralentit et l'écart avec les autres enfants du même âge finit par disparaître. L'enfant précoce cesse de grandir vers l'âge de 9 à 11 ans; il croît beaucoup plus vite mais il n'arrive pas à dépasser la taille ordinaire. Les facultés intellectuelles ne se développent point parallèlement.

Dans les antécédents, on rencontre le rachitisme (6 fois), la polysarcie (3 fois), mais jamais de névroses. Dans un cas, la mort a eu lieu à l'âge 3 ans 1/2 par rétention du flux menstruel dû à une atrésie vaginale.

Gautier relate 3 cas de grossesse chez des enfants de 8 à 10 ans; les trois mères ont survécu, mais une seule a accouché naturellement d'un enfant bien portant. J. B.

Ueber Albuminurie des Neugebornen und des Fötus (Sur l'albuminurie du nouveau-né et du fœtus), par Hugo RIBBERT (*Arch. f. path. An. u. Phys., XCVIII, Heft* 3, *p.* 527).

L'auteur rappelle l'opinion formulée par Virchow au sujet de l'albuminurie des nouveau-nés. Celui-ci pense que l'élimination de l'albumine après la naissance est due aux troubles circulatoires amenés par l'oblitération des vaisseaux ombilicaux. Cependant H. Ribbert a pu constater fréquemment la présence de l'albumine dans les reins des fœtus arrivés au septième mois et morts avant leur mise au monde. Dans ce cas on pourrait supposer que le fœtus ayant été malade présente une albuminurie pathologique. Pour savoir si l'albuminurie du fœtus n'est pas un fait normal, l'auteur a examiné des reins de fœtus d'animaux de boucherie, et il a reconnu surtout dans le glomérule l'existence de l'albumine qu'il avait au préalable coagulée par la cuisson et par l'alcool. Il arrive à cette conclusion que l'albumine est constante dans l'urine des fœtus à un moment donné de la vie utérine, et que ce moment est celui où les épithéliums du rein commençant à se former, n'ont pas encore la propriété de s'opposer au passage du plasma sanguin avec tous ses éléments. En effet, à côté des caillots d'albumine il constate presque toujours des traces de fibrine. De ses examens l'auteur croit pouvoir conclure que les épithéliums de l'anse de Henle ont, d'une façon physiologique, la propriété de résorber l'albumine versée au niveau du glomérule dans les voies rénales. P. GALLOIS.

I. — **Die Behandlung der Rachitis (Traitement du rachitisme), par E. HAGENBACH** (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n°* 13, *p.* 313, 1er *juillet* 1884).

II. — **Zur Phosphorbehandlung der Rachitis, par E. SCHWECHTEN, A. BAGINSKY, R. KLEIN** (*Berliner klinische Wochens., n°* 52, *p.* 825, 29 *décembre* 1884 *et n°* 3, *p.* 44, 19 *janvier* 1885).

III. — **Ueber Rachitis, par B. SCHMIDT** (*Ibidem, n°* 25, *p.* 406, 22 *juin* 1885).

IV. — **Zur Kritik der Phosphorbehandlung bei Rachitis, par J. BOAS** (*Ibidem, p.* 397).

Digitized by Google

I. — Sur 20 enfants rachitiques de la policlinique de Bâle, Hagenbach a pu constater les heureux effets de la médication phosphorée préconisée par Kassowitz (*R. S. M*, XXV, 498). Hagenbach administrait le phosphore en émulsion, suivant la formule même du médecin viennois : Phosphore 0,01, faire dissoudre dans : huile d'amandes douces 10; puis ajouter : poudre de gomme arabique et sirop simple αα 4 à 5 grammes et eau distillée 80 grammes.

On fait prendre par jour de 1 à 4 cuillerées à café de cette mixture, ce qui correspond à un demi-milligramme ou à 2 milligrammes de phosphore.

Les résultats sont surtout remarquables du côté du crâne et de l'état général; en même temps, on voit rapidement disparaître le spasme de la glotte et les convulsions qui compliquent souvent le rachitisme.

Hagenbach pense qu'on peut considérer le phosphore comme le médicament spécifique du rachitisme.

II. — *Schwechten*, d'expériences faites sur 41 enfants à la policlinique de la Charité à Berlin, conclut avec Weiss et contrairement à Kassowitz que le phosphore n'est nullement un spécifique du rachitisme.

Théoriquement déjà, *A. Baginsky* mettait en doute la valeur de la médication phosphorée, car le rachitisme est un trouble de la nutrition générale et non une simple affection du système osseux comme le prétend Kassowitz.

Les expériences qu'il a faites durant 10 mois dans sa policlinique n'ont pu modifier cette impression.

Baginsky a prescrit le phosphore à 72 enfants sur lesquels 28 seulement ont pu être suivis un certain temps. Chez 8 d'entre eux, la médication a produit une légère amélioration; chez les 20 restants elle a été complètement inefficace et même chez 4 elle a déterminé quelques troubles digestifs. En résumé, loin d'être un agent spécifique, le phosphore ne s'est pas montré supérieur à tout autre médicament.

Cependant d'autres observateurs tels que Hagenbach ont été frappés de ses bons effets. Baginsky l'explique par l'action incontestable que le phosphore exerce sur les spasmes laryngés et l'éclampsie consécutive.

R. Klein ayant administré le phosphore, suivant les indications de Kassowitz, à 20 petits rachitiques qui n'offraient ni accidents respiratoires, ni troubles digestifs, ne lui a trouvé aucune supériorité sur le fer. Le phosphore n'a pas empêché l'apparition du spasme de la glotte et des convulsions.

III. — Jusqu'à il y a 18 mois, B. Schmidt se servait sans grands succès, pour traiter le rachitisme du carbonate de fer, du phosphate de chaux et de la mixture de Strasbourg (*R. S. M.*, XXVI, 525 et XXVII, 593). Depuis à l'exemple de Kassowitz, il a fait prendre à 168 enfants rachitiques de l'huile de foie de morue additionnée de un dix-millième de phosphore; la dose quotidienne était de 1 ou 2 cuillerées à thé, suivant l'âge.

Au bout de quelques semaines déjà, il a pu constater l'efficacité de ce traitement sur les fontanelles, les dents et les fonctions des membres inférieurs et de la colonne vertébrale; souvent même, il y a eu amélioration des fonctions digestives et du catarrhe bronchique. Jamais Schmidt n'a noté de mauvais effets.

Digitized by Google

Quant au traitement chirurgical, le brisement forcé ne lui a pas donné de bons résultats.

IV. — Boas a soumis à la médication de Kassowitz 20 rachitiques de sa clientèle privée, offrant tous les degrés d'intensité de la maladie, depuis le simple gonflement des épiphyses jusqu'au chapelet thoracique le plus marqué. Aucun de ces enfants n'était en état de se tenir debout ou de marcher d'un pas un peu sûr; plus de la moitié n'avait aucune dent.

La médication a eu une durée variable de 4 semaines à 3 mois. Boas en a obtenu des résultats très supérieurs à ceux des autres traitements, notamment sur l'affermissement des os (12 enfants marchent et se tiennent debout) et sur la dentition.

Un seul malade avait du spasme glottique qui a commencé à disparaître 8 jours après la première administration de phosphore.

Enfin l'amélioration de l'état général a été remarquable également. La dose était de 1 à 2 cuillerées à thé par jour.

Deux fois seulement, Boas a noté un accident d'intoxication, une périostite suppurée du maxillaire inférieur due à une erreur des parents qui avaient doublé la dose de phosphore. Les deux petits malades guérirent parfaitement après une incision; l'un des deux avait aussi accusé des douleurs au niveau des extrémités articulaires, sans exagération du gonflement préexistant. En tout cas, ces faits devront rendre prudent dans l'emploi du phosphore. J. B.

Ueber Ovariotomie im Kindesalter (De l'ovariotomie chez les enfants), par W. von MURALT (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, XIV, n° 12, p. 299*).

En 1878, Hennig (*Handb. für Kinderkeilk.*) a réuni 12 cas d'ovariotomie chez l'enfant avec une mortalité de 33 0/0.

De différentes statistiques on peut conclure que les ovariotomies pendant l'enfance constituent à peine 0,5 0/0 de l'ensemble des ovariotomies. Elles sont surtout rares dans la première enfance.

Le cas opéré par Muralt concerne une fillette de 13 ans non encore pubère. La tumeur, découverte accidentellement, s'accroissait graduellement et sans grande gène; elle était très mobile. L'extirpation n'en fut pas difficile. Les vaisseaux du pédicule furent liés isolément et ce dernier fut réduit. Pansement iodoformé et sutures à la soie. Guérison sans accident, sous un seul pansement; la température maximum fut 37°,8.

La tumeur contenait 1100 centimètres cubes de liquide, c'était un kyste dermoïde avec plaque osseuse dans la paroi (*R. S. M.*, XI, 609; XVII, 608; XXV, 675; XXVI, 611 et 635). J. B.

Cas d'angiome caverneux multiple chez un enfant de six mois, par CHERVINSKY (*Archiv. de physiologie, 15 novembre 1885*).

L'enfant, qui fait l'objet de cette observation, mourut à six mois dans la cachexie, après avoir présenté une augmentation progressive du ventre liée à l'existence d'une tumeur intra-abdominale dure et noueuse. A l'autopsie, l'on reconnut que la tumeur abdominale était constituée par le foie hypertrophié et parsemé de nodosités inégales, foncées, spongieuses, et par places ombiliquées. A l'examen histologique, l'on put indubitablement déterminer qu'il s'agissait d'un angiome caverneux du foie. A. GILBERT.

Digitized by Google

DERMATOLOGIE.

Ueber die biologischen Eigenschaften der normalen Hautmikrophyten (Propriétés biologiques des microphytes nouveaux de la peau), par BORDONI-UFFREDRUZZI (*Fortschritte der Medicin*, *n*° 5, *p*. 151, *n*° 1886).

Parmi les microphytes qui habitent la peau à l'état normal et qui ont été déjà décrits par Bizzozero, l'auteur distingue au point de vue morphologique des micrococci et des bactéries. Au moyen de cultures isolées, il a obtenu cinq espèces différentes de micrococcus, dont deux sont colorées; l'une d'elles forme de petites colonies, irrégulièrement circulaires, de coloration jaune citron, ne liquéfiant pas la gélatine; ces colonies sont constituées par de gros micrococci, le plus souvent associés deux à deux ou quatre à quatre. La seconde espèce colorée est représentée par des micrococci très volumineux, formant des colonies de coloration orangé sombre, ne liquéfiant que très tardivement la gélatine. Parmi les micrococci incolores, on en distingue trois espèces différentes : l'une est fournie de petits micrococci réunis en amas qui forment des colonies ne se développant qu'à la surface de la gélatine; la seconde espèce est représentée par de gros micrococci, liquéfiant très rapidement la gélatine, réunis en colonies irrégulières, blanchâtres; enfin la troisième espèce, la plus intéressante de toutes peut-être, forme des colonies blanchâtres, s'accroissant bien plus le long de la piqûre faite dans la gélatine, qu'à la surface de celle-ci; les individus qui les constituent sont de dimensions plus petites que les micrococci des espèces précédentes; ils n'ont jamais été trouvés ailleurs qu'à la racine des poils ou des cheveux.

Des inoculations dans le sang, le tissu cellulaire, etc., des essais de culture sur l'épiderme, répétés plusieurs fois chez des animaux, sont jusqu'à présent restés sans résultat.

L'auteur se demande si le micrococcus décrit par Sehlen comme cause de la pelade (*area celsi*) n'est pas celui que lui-même a constaté au pourtour des cheveux à l'état normal; ce micrococcus, très petit, de 0,9 à 1,1 μ, formant des colonies blanchâtres, se trouve chez tous les individus sains au pourtour de la racine du cheveu et du poil et seulement dans cette région; il n'aurait aucune propriété spéciale et surtout ne pourrait être considéré comme producteur de la pelade.

Le leptothrix epidermidis a été retrouvé par Bordoni dans les plaques d'intertrigo et dans les dépôts épidermiques se trouvant entre les orteils; c'est un bacille long de 2,8 à 3 μ, large de 0,3 μ, se développant plus difficilement sur la gélatine que sur l'agar-agar. Sur la pomme de terre, ce bacille s'accroît très rapidement, mais sa production est plus rapide encore si on le cultive sur du sérum sanguin gélatinisé; sur un pareil milieu, le bacille s'allonge rapidement, se segmente et donne naissance enfin à des spores : à une température de 25° C., la formation des spores

Digitized by Google

est déjà visible le troisième jour. L'auteur refuse à ce bacille toute propriété pathogène, contrairement à l'opinion de Balzer qui le considère comme lié au développement de l'erythrasma.

Le bacterium graneoleus est le microphyte, que l'auteur a trouvé dans les débris épidermiques des orteils ; long de 0,8 μ, d'une largeur à peu près semblable, il croît facilement sur la gélatine sous forme de taches gris blanchâtre, liquéfiant rapidement la gélatine voisine, et répandant une odeur nauséabonde. Ce bacille est assez semblable à celui que Rosenbach a décrit dans la sueur fétide des pieds.

L'auteur signale encore l'existence, à la surface de la peau, d'une variété particulière de sarcine, plus petite que la sarcine stomacale, et formant des colonies orangées (Voy. *R. S. M.*, XXVII, 599). W. OETTINGER.

Ueber die sogenannten Area-Coccen, par MICHELSON (*Fortschritte der Medicin, p.* 230, 1886).

L'auteur a trouvé dans la racine des cheveux de l'homme sain un coccus absolument analogue à celui que Sehlen a décrit comme caractéristique de la pelade. Il l'a de nouveau étudié chez les enfants atteints de cette maladie et a constaté que des frictions énergiques faites avec des cultures de ce micrococcus sur des points de la tête encore sains restaient absolument sans aucun effet. Ces recherches sont confirmatives de celles de Bordoni (Voy. ci-dessus). W. OETTINGER.

Atrophie linéaire de la peau, par R.-W. TAYLOR (*New York medical journal, 2 janvier* 1886).

Jeune fille de 19 ans, étant devenue très obèse depuis l'âge de 17 ans. Il s'est produit sur une grande partie de la surface du corps, surtout au niveau des plis de la peau et des articulations, des sillons linéaires, assez profonds par places pour pouvoir y loger le doigt : la peau est amincie et présente une couleur rouge brunâtre. Ces sillons occupent la partie inférieure des reins, la partie inférieure du dos, l'abdomen où ils sont particulièrement nombreux, les cuisses et les jambes ; ils sont moins nombreux sur les membres supérieurs où ils occupent surtout les bras : la topographie des lésions est reproduite sur deux planches. Cette atrophie est due à la tension excessive produite par le développement anormal du panicule adipeux ; sous cette influence, les tissus se rompent au niveau de leurs lignes de clivage.

GEORGES THIBIERGE.

I. — Ueber einen Fall von Sklerodermie und Sklerodactylie, par H. SENATOR (*Berlin. klin. Woch., XXI, n°* 31, *p.* 483).

II. — Ein Fall idiopatischer angeborener Hautatrophie (Un cas d'atrophie congénitale idiopathique des téguments), par Gustav BEHREND (*Berlin. klin. Woch., n°* 6, *p.* 88, 9 *février* 1885).

III. — Ein Fall von erworbener, idiopathischer Atrophie der Haut (Cas d'atrophie acquise, idiopathique de la peau), par TOUTON (*Deutsche med. Woch., p.* 6, 1886).

I. — C'est le premier cas de sclérodactylie publié en Allemagne. Il concerne une femme de 25 ans, appartenant à la classe aisée et chez laquelle, en l'absence de toute hérédité, les principes initiaux de la maladie sont apparus, au moment de la puberté, sous forme d'asphyxie locale des extrémités.

Actuellement les lésions sont le plus prononcées aux quatre membres, mais

Digitized by Google

surtout aux mains; à un degré moindre, on les observe à la face et au thorax. L'atrophie des phalanges est considérable et n'a été précédée ni d'ulcérations ni de névroses.

Cette femme présente en même temps des éphélides.

La sensibilité et les réflexes rotuliens sont à l'état normal.

Il n'y a pas de stase de la lymphe comme dans l'observation de Heller.

Entre autres traitements, on a fait à cette malade des injections sous-cutanées d'ergotine, qui ont provoqué des abcès, et l'extension des nerfs dans les deux aisselles. J. B.

II. — Enfant d'un an et demi, petit et frêle : sauf aux fesses, nulle part la peau n'a son aspect normal. Au visage, les téguments, d'un blanc brillant de cicatrice, durs et rétractés, sont accolés aux os de façon à enlever toute expression à la physionomie et à rappeler une figure de momie. La rétraction tégumentaire a entraîné un ectropion considérable des paupières inférieures. Les commissures labiales sont arrondies, l'orifice buccal rétréci cicatriciellement, la peau des joues meurtrie et limitant un peu les mouvements de la mâchoire inférieure, sans toutefois empêcher l'alimentation. Toutes les parties du visage sont le siège d'une desquamation en fines lamelles blanches, analogues à du papier de soie. Dès qu'on suspend quelques jours l'application de pommades grasses, la couche cornée de l'épiderme se fendille et parfois les fissures pénètrent jusque dans le chorion, donnant alors lieu à une sécrétion jaunâtre et mêlée de sang qui se dessèche en croutelles. La peau du crâne, revêtue de cheveux rares est mince comme du papier, lisse, mobile sous la couche sous-jacente et ne desquame point.

Les téguments du tronc ne présentent ni amincissement marqué, ni rétraction cicatricielle; on peut les mouvoir et les plisser. Mais ils ont une teinte gris sale et sont en voie de desquamation.

Les lésions sont plus marquées aux membres où la peau est adhérente aux parties molles; notamment aux jambes qui semblent enveloppées de bas lacés. Les mains sont le siège comme la face d'une desquamation finement lamelleuse. Les membres inférieurs, au contraire, ont un aspect parcheminé et une couleur jaune brun, comme s'ils avaient été brûlés avec l'acide nitrique, et ils desquament en grands lambeaux ; au-dessous, on aperçoit une peau normale, mais dont l'épiderme, au bout de vingt-quatre heures déjà, s'indure, se fonce, devient brillant, s'épaissit et se détache de nouveau.

Les orteils ont plutôt l'air de petits moignons que de membres articulés. Les doigts sont grêles, allongés, amincis vers leur extrémité libre, immobilisés dans l'extension, recouverts d'une peau mince, brillante, tendre comme dans la sclérodactylie. L'annulaire gauche, après avoir pris cet aspect s'est desséché et, vers le 6° mois de l'existence, il se trouvait réduit à un cordon filiforme qui s'est détaché sans suppurer. Les ongles aux quatre extrémités ont l'aspect de griffes et sont soulevés de leur lit par une accumulation de cellules épidermiques ; au pouce et à l'index seuls, ces ongles difformes sont tombés à l'âge de 5 mois et ont été remplacés par des ongles normaux.

L'affection s'est développée dans l'utérus, mais elle a dès lors toujours progressé. Immédiatement après la naissance, les parents ont remarqué l'ectropion palpébral, la gracilité et la rigidité des doigts et les griffes unguéales. Au bout de peu de jours, la desquamation a débuté par la face, tandis que les téguments du reste du corps ressemblent à une peau de tambour.

L'enfant, ainsi d'ailleurs que la plupart de ses frères et sœurs, est né à 7 mois; et à l'âge de 4 mois, il n'avait pas encore dépassé son poids initial de 3 livres. C'est un dixième enfant; des neuf premiers un seul vit et est bien portant. Un seul des frères et sœurs morts a eu une affection cutanée semblable. J. B.

III. — L'auteur décrit sous le nom d'atrophie idiopathique de la peau

Digitized by Google

une affection qu'il distingue du stade atrophique de la sclérodermie, du xeroderma pigmentosum, de la liodermie nerveuse d'Auspitz. Il n'a trouvé qu'un cas comparable au sien, celui de Buchwald (1883).

Sujet de 57 ans, robuste, bien musclé, atteint depuis trente-cinq ans d'une affection cutanée qui a marché symétriquement des extrémités vers la racine des membres; caractérisée par l'amincissement excessif et la transparence de la peau, la production de plis cutanés très lâches, la coloration rouge foncé du tégument, l'atonie du système pileux et, sur certains points, la production de squames épidermiques souvent très épaisses.

Il semble que la main soit revêtue d'un gant trop large. On voit à travers la peau fine et transparente le détail des plus petits vaisseaux. L. GALLIARD.

On Dermatitis ferox, par J.-L. MILTON (*Edinb. med. journ. CCCLXIX, p.* 816, *mars* 1886).

L'auteur rapporte un cas de ce qu'il nomme dermatite féroce. Cette affection consiste dans l'éruption de taches rougeâtres, puis franchement rouges, et même rouge brunâtre sur la face, les mains et la partie supérieure du thorax. Quelquefois, mais rarement, ces taches s'exulcèrent. Le plus souvent elles se recouvrent de squames sèches qui tombent et sont remplacées par d'autres. Habituellement il n'y a pas de véritable croûte. Le plus souvent ces taches apparaissaient lentement, successivement; d'autres fois, elles se montrent brusquement, avec des phénomènes généraux aigus. Parfois, chez l'homme surtout, il se fait des croûtes qui donnent à l'éruption l'aspect du sycosis. Les croûtes sont alors entourées par un cercle rouge, enflammé.

Les taches sont au début isolées et peu étendues; le plus souvent elles sont irrégulièrement ovalaires et déchiquetées. — Quelquefois ces plaques se fusionnent sur le visage, et prennent une coloration plus brunâtre. On dirait que la peau a été brûlée. Parfois il se fait de véritables papules qui rappellent les papules rouges du lichen aggloméré, et se recouvrent d'une cuticule cornée.

Les phénomènes généraux peuvent être très accentués. Il y a du malaise, de l'inappétence, des nausées, de la céphalalgie, et même de la prostration.

L'affection rappelle par quelques côtés l'acrodynie et l'érysipèle.

A. MATHIEU.

I. — Hereditäre Neigung zur Blasenbildung (Prédisposition héréditaire aux éruptions bulleuses), par Max JOSEPH (*Monatschrift f. prakt. Dermat.*, 1886).

II. — Case of bullous eruption in a child (Pemphigus chez un enfant), par RIPLEY (*Journ. of cutan and vener. diseases*, 9 *novembre* 1885).

III. — Ueber Pemphigus foliaceus vegetans, par NEUMANN (*Wien. med. Presse, p.* 83, 1886).

IV. — Zur Kenntniss des Pemphigus, par RIEHL (*Wien. med. Jahrb., p.* 539, 1885).

I. — L'auteur a observé chez une femme et ses deux enfants des éruptions bulleuses se produisant dans les parties du corps qui se trouvent comprimées et sans cause appréciable, particulièrement pendant l'été. Plusieurs faits analogues ont été publiés, notamment par Valentin qui, le

Digitized by Google

premier, a attiré l'attention sur ces affections, et par Goldscheider. C'est à tort qu'on leur a appliqué la dénomination de dermatites bulleuses héréditaires, car rien n'indique qu'elles soient de nature phlegmasique ; l'auteur se range à l'opinion qui les rapporte à un défaut de résistance des cellules crénelées. H. H.

II. — Cas de pemphigus aigu développé quatre semaines après une rougeole suivie d'urticaire, chez un enfant de quatre ans. Phénomènes généraux graves, fièvre, délire, intolérance gastrique, hémorragies par le nez, la bouche, le rectum, ainsi que par les plaies consécutives aux bulles. Bulles hémorragiques, etc. L'enfant guérit lentement, traité à l'intérieur par le perchlorure de fer et la quinine, extérieurement par de la poudre de bismuth. Des exsudats sanguins ayant eu lieu sous les ongles, ceux-ci tombèrent pendant la convalescence. H. DANLOS.

III. — Les bulles du pemphigus peuvent s'ouvrir et les surfaces dénudées se recouvrir de bourgeons suintants dont les sécrétions, en se desséchant, forment des croûtes. Quand ces croûtes tombent, on voit surgir des végétations papillomateuses. Ce processus caractérise la maladie que décrit l'auteur d'après neuf observations.

L'affection se manifeste d'abord sur la muqueuse buccale, à la région pubienne, puis à la face interne des cuisses, aux fesses, au cuir chevelu. Chez la femme, elle débute aux grandes et aux petites lèvres avant d'envahir la muqueuse de la bouche, plus tard elle se montre au rectum, à la vulve, au col de l'utérus. Au bout d'un certain temps, toutes les régions sont envahies, les bulles se développent avec une activité croissante, tandis que les végétations diminuent; enfin, on ne voit plus se détacher que des lamelles épidermiques; l'aspect de la peau est celui qui résulte des brûlures au second degré. L'envahissement de la gorge, du larynx, précipite la terminaison fatale.

Le pemphigus foliacé végétant a causé la mort en sept mois dans le cas le plus rapide; la plus longue observation a été de dix ans.

On peut confondre les productions pemphigoïdes avec les condylomes syphilitiques. Hebra et Kaposi les décrivent sous le nom de *frambœsia syphilitique*. Le diagnostic reposera sur les bulles qui entourent les végétations, sur les rugosités de la surface malade, sur la marche et l'évolution clinique.

Trois des sujets observés par l'auteur étaient atteints de myélite.

L. GALLIARD.

IV. — Riehl décrit, d'après trois cas, une forme de pemphigus distincte de la forme vulgaire par l'hypertrophie du corps muqueux et l'élongation des papilles au niveau des bulles. Il résulte de ce processus anatomique que la surface dermique dénudée paraît hérissée de petits papillomes et conserve son aspect verruqueux au lieu de reprendre la configuration normale, comme c'est la règle à la suite du pemphigus vulgaire. L. GALLIARD.

Ueber hereditaere Dermatitis bullosa und hereditaeres acutes Œdema, par Ad. VALENTIN (*Berlin. klin. Woch.*, *n*° 10, *p.* 150, 9 *mars* 1885).

Sous le nom de dermatite bulleuse héréditaire, Valentin désigne une affection cutanée observée, depuis au moins quatre générations, chez une famille de paysans bernois qui en compte jusqu'ici 11 cas.

La maladie apparaît dès la première enfance, elle disparaît presque entiè-

Digitized by Google

rement en hiver, tandis qu'en été, la moindre pression un peu prolongée, telle que celle exercée par les bretelles, par les jarretières, suffit à faire naître des bulles aux points correspondants. Les enfants qui sont assis sur les bancs d'école en ont ainsi au siège. En revanche, ni les coups, ni les chocs ne suffisent à les produire ; il en est de même des affections intercurrentes (embarras gastrique, pneumonie, eczéma).

Les mains et les pieds sont aussi bien atteints que le reste. Les dimensions des bulles varient entre un pois et une noix ou même davantage à la plante des pieds. Elles renferment une sérosité légèrement jaunâtre, mais claire. Les plus volumineuses sont un peu douloureuses à la pression. Elles disparaissent en formant des croûtes, puis des taches rougeâtres qui s'effacent sans laisser de cicatrices. Les poussées sont apyrétiques ; les urines ne renferment pas d'albumine. La sérosité des bulles est alcaline, se trouble légèrement par l'ébullition, davantage avec l'acide nitrique ; elle contient de rares globules de pus, des débris épithéliaux, mais aucun micro-organisme. La sensibilité cutanée est normale, mais les capillaires cutanés sont très impressionnables (raies rouges persistantes avec l'ongle).

Au moment de la puberté, l'affection diminue un peu d'intensité et persiste dès lors sans variation jusqu'à la mort. L'humidité de la peau favorise la production des bulles. L'éruption trouble assez souvent le sommeil par des démangeaisons.

Tous les membres de cette famille, atteints ou non de la dermatose, ont une disposition à suer des pieds. Chez plusieurs, la dermatose a été une cause de réforme et les a obligés à renoncer à l'agriculture. Parmi les onze membres de la famille affectés de la dermatose ne se trouvent que deux femmes.

Quincke et son élève Dinkelacker (*Thèse*, Kiel, 1882) ont décrit sous le nom d'œdème aigu une angionévrose également héréditaire, déjà signalée au siècle dernier par Stolpert. Les deux premiers cas relatés dans la thèse de Dinkelacker concernent un fabricant d'horlogerie de la Chaux-de-Fonds et son fils. Cet homme a eu dès lors deux autres enfants, un garçon et une fille ; le garçon seul offre l'œdème aigu périodique de son père et de son aîné. J. B.

Pemphigus acutus contagiosus adultorum Impetigo contagiosa de Tilbury FOX par E. PONTOPPIDAN (*Viertel. f. Derm. u. Syph.*, *p.* 275, 1885).

Très improprement désignée sous le nom d'impétigo, cette maladie, dont l'auteur a, dans l'espace de quelques années, observé une vingtaine de cas, est un pemphigus aigu bénin qui s'observe de préférence à la face et sur les parties découvertes chez les jeunes sujets des classes les plus pauvres. L'affection est épidémique et contagieuse ; la malpropreté paraît favoriser son apparition. Elle se manifeste sous la forme de bulles à contenu séreux, flasques, grandes comme une petite pièce de monnaie, rapidement développées sur un fond érythémateux. Ces bulles se rompent bientôt et se dessèchent en formant une croûte limitée par une sorte de bourrelet ou de collerette épithéliale. Après une semaine environ, les croûtes tombent, ne laissant à leur place qu'une tache rouge qui finit elle-même par disparaître complètement. Les bulles ne sont pas toutes contemporaines ; elles apparaissent par poussées successives pendant un temps variable de quelques jours à une semaine. Au premier aspect, la maladie par sa confluence simule une affection plus grave ; on dirait un eczéma négligé ou une brûlure au second degré. Le mal se développe

Digitized by Google

sans retentissement sur la santé générale et sans prurit. La persistance des traces bulleuses et l'anamnèse facilitent le diagnostic. L'étiologie est très incertaine. L'auteur n'a découvert de parasites ni dans l'enveloppe ou le contour des bulles, ni dans les croûtes qui leur succèdent.

H. DANLOS.

Sensible Entartungsreaction bei Zoster (Réaction de dégénérescence des nerfs sensitifs dans le zona), par GERHARDT (*Viertelj. f. Derm. und Syph.*, *p.* 347, 1884).

Dans le zona, lorsque l'on explore à l'aide de courants électriques la sensibilité des régions atteintes, on constate par comparaison avec les parties symétriques du côté sain : 1° une diminution de la sensibilité faradique ; 2° une hyperesthésie par le courant galvanique. Après guérison, ces différences disparaissent. L'auteur a constaté ces faits 4 fois sur 5 malades.

H. DANLOS.

Zur Lehre des Zoster cerebralis, par N. WEISS (*Soc. des méd. de Prague*, 30 *octobre* 1885).

Certains auteurs ont rapporté le zona aux affections du système nerveux central ; il y a le zona cérébral et le zona spinal, celui qui survient dans les hémorragies cérébrales, les myélites, l'ataxie, la méningite spinale et surtout la méningite cérébro-spinale ; il y a les zonas symétriques. Mais il faut être bien certain, avant d'incriminer les centres nerveux, de pouvoir éliminer les inflammations des nerfs périphériques concomitants.

Voici un cas où le zona symétrique a récidivé quatre fois et doit être rapporté, comme les troubles trophiques et moteurs avec lesquels il a coïncidé sur la même région, à une lésion des centres nerveux :

Sujet de 37 ans. Dépression cérébrale consécutive à des excitations psychiques. Paresthésie et névralgie à la face palmaire des trois premiers doigts des deux mains ; parésie et atrophie des muscles de l'éminence thénar. Peau des trois premiers doigts mince, brillante, souvent couverte de sueurs ; ongles atrophiés. A quatre reprises différentes, dans l'espace de six mois, éruption pustuleuse sur les doigts malades avec exacerbation de névralgie. Guérison de tous les phénomènes en deux ans.

L. GALLIARD.

Les herpès génitaux, par P. DIDAY et A. DOYON (*In-8° de* 366 *p.*, *Paris*, 1886).

Les divers auteurs qui ont étudié les éruptions hérpétiques des organes génitaux ont envisagé chacun une espèce particulière, celle qu'ils rencontraient le plus souvent dans leur sphère d'observation, et l'ont considérée comme type de l'herpès génital. En réalité, il n'y a pas un herpès génital, mais des herpès génitaux. Diday et Doyon étudient successivement :

1° Les éruptions pemphigineuses et pemphigoïdes ;

2° L'herpès génital irritatif, que Legendre a observé et décrit chez les prostituées ;

3° L'herpès génital pseudo-membraneux ou diphtéroïde : c'est le type que Bruneau a décrit sous le nom de forme confluente de l'herpès génital de la femme ;

4° L'herpès génital névralgique de Mauriac ;

Digitized by Google

5° L'herpès génital phlychénoïde;

6° L'herpès génital chez la femme, souvent lié à la menstruation et comprenant probablement un certain nombre de faits d'herpès récidivant;

7° L'herpès génital vénérien ou récidivant.

Les auteurs insistent particulièrement sur cette dernière forme dont on connaît bien les symptômes, grâce à la description magistrale qu'en a faite Doyon. C'est la quatrième maladie vénérienne; elle ne s'observe jamais sans avoir été précédée d'une des trois autres maladies vénériennes, et presque toujours du chancre mou. Si le système nerveux a une part incontestable dans sa production, il n'est pas seul en cause. L'arthritisme est, après le chancre mou, la cause la plus importante de l'herpès. Le germe de la chancrelle persiste sur le point où elle s'est développée, s'y reproduit à plusieurs reprises, mais atténué et ne peut plus donner naissance qu'à de l'herpès; le terrain génital, en raison de ses fonctions et de sa sensibilité spéciales, a un rôle dans les récidives de l'herpès. Les eaux d'Uriage donnent de très bons résultats dans le traitement de cette affection si rebelle.

G. THIBIERGE.

Recurrent hœmatemesis with urticaria, par PRINGLE (*Société clinique de Londres in the Lancet*, 17 *janvier* 1885).

Un homme de 51 ans, n'ayant dans sa famille ni goutte ni hémophilie et bien portant lui-même jusqu'alors, fut pris en 1872 d'attaques d'urticaire. Ces attaques se répétèrent en 1878 avec une grande intensité et furent accompagnées de prostration excessive des forces. En 1879, nouveaux accès plus violents, atteignant la bouche, la langue, le pharynx; en même temps, vomissements de fluide aqueux. Pendant l'année 1880, l'urticaire se répéta presque sans interruption, et tous les deux mois, à peu près, il y eut des paroxysmes très violents, avec vomissements durant parfois près de vingt-quatre heures et amenant le rejet d'une grande quantité de sang pur.

En 1881 et 1882, les accès devinrent plus rares, mais de plus en plus intenses; au mois de novembre de cette dernière année, il y eut une hématémèse qui traversa le lit du malade et remplit en outre deux cuvettes. Une autre attaque, survenue en avril 1883, eut pour témoins oculaires l'auteur et un autre médecin; une éruption confluente de plaques d'urticaire, d'un rouge écarlate, mais non ecchymotique, couvrit le tronc et les membres; en même temps, le malade rendit encore une grande cuvette de sang pur; il s'ensuivit une prostration extrême, causée à la fois par l'hémorragie et par l'abus des piqûres de morphine, seul moyen qu'on eût de calmer les efforts de vomissement. Le malade se rétablit, comme il faisait toujours, avec une extrême rapidité. Peu après, il eut deux attaques de goutte manifestes, occupant la première le pied droit et la seconde le poignet gauche. Depuis lors, les accès d'urticaire ont été moins fréquents et moins intenses, et les injections de morphine, données dès le début, ont semblé arrêter les vomissements. Trois jours après l'une de ces crises avortées, le malade a eu une garde-robe marc de café. La cause ordinaire des accès a été constamment l'impression du froid, auquel le malade est fort sensible. Dans les intervalles, il n'éprouve ni douleur, ni aucun trouble gastrique; le foie et la rate ont leur volume normal; l'urine, d'une densité de 1,020 à 1,025, est souvent chargée d'urates et contient toujours une proportion excessive d'acide urique; on n'y trouve ni albumine, ni sucre, ni cylindres urinaires; elle n'a jamais contenu de sang pendant les attaques. Le pouls radial est dur, le tracé sphygmographique donne un plateau accentué. Le cœur n'est pas notablement hypertrophié; il y a un peu d'accentuation du second ton aortique.

Digitized by Google

Le fond de l'œil est normal. Depuis six mois, quelques petits tophus ont fait leur apparition à l'oreille droite.

L'auteur, et avec lui les membres de la Société, ont considéré les hématémèses, dans ce cas, comme l'expression d'une poussée d'urticaire sur la muqueuse de l'estomac. Le fait serait à rapprocher de ceux d'hémoglobinurie paroxystique. H. BARTH.

Über einen sprosspilzartigen Epiphyten der menschlichen Haut (Mikrosporon anomæon Vidal) par A. LUTZ (*Monatsbl. f. prakt. Dermatol.*, 1886).

L'auteur et Unna ont trouvé dans les squames d'un eczéma psoriasiforme un champignon qui leur a paru identique avec celui qu'ont décrit Ferrari dans le pityriasis, Vidal sous le nom de microsporon anomæon et Bizzozero sous celui de saccharomyce sphérique. Il est constitué par des cellules rondes, quelquefois légèrement ovales et à double contour qui mesurent en moyenne 5 μ et présentent souvent une ou deux grandes taches claires, semblables à des noyaux, très analogues aux spores de l'herpès tonsurans. Elles s'en distinguent par la facilité remarquable avec laquelle elles se laissent colorer par les différentes couleurs d'aniline. Ce même champignon se trouve dans le pityriasis versicolor. Des expériences d'inoculation pratiquées par l'auteur sur lui-même ont été négatives et il part de là pour révoquer en doute l'action pathogénétique de ce parasite. H. HALLOPEAU.

Étude clinique sur quelques lésions cutanées des membres variqueux (eczéma, syphilis, ecthyma), par Auguste BROCA (*Thèse de Paris*, 1886).

L'eczéma persistant des jambes est presque toujours dû aux varices, dont l'action est favorisée par quelque autre cause déterminante, telle qu'un traumatisme ou l'application de topiques irritants; en outre, l'eczéma variqueux dépend toujours d'une autre cause générale que, faute d'une connaissance plus exacte, on est obligé d'appeler diathèse eczémateuse.

L'eczéma variqueux se présente sous trois formes :

1° Eczéma sec, nummulaire, formant des placards d'un rose brunâtre, ordinairement un peu cuivrés, faiblement saillants, recouverts de squames furfuracées, entourés de petits éléments légèrement acuminés, offrant une croûtelle noirâtre avec une collerette épidermique; 2° Eczéma à larges squames, peu adhérentes, à moitié détachées, semblables à du collodion, recouvrant une surface cutanée légèrement rose et occupant parfois toute la jambe depuis le dos du pied jusqu'à la tubérosité antérieure du tibia; 3° Eczéma variqueux aigu et suintant, présentant l'apparence de l'eczéma simple, mais ayant moins de tendance à se recouvrir de croûtes. Il laisse souvent après lui de l'épaississement et de la pigmentation de la peau, dont les papilles sont augmentées de volume et la peau présente quelquefois un aspect éléphantiasique. Des ulcères peuvent se développer à la suite de l'eczéma; ils sont souvent multiples, atoniques et ressemblent parfois beaucoup aux ulcères syphilitiques.

Les lésions syphilitiques des membres variqueux sont remarquables par leur persistance et par leurs récidives; elles présentent un mélange de stase veineuse et d'inflammation chronique. Les caractères classiques qu'on leur attribue ne leur appartiennent pas exclusivement et peuvent

Digitized by Google

se rencontrer soit dans les ulcérations consécutives à l'eczéma, soit dans celles dues à l'ecthyma gangréneux. G. THIBIERGE.

Ueber die Behandlung des Ekzems und der Impetigo (Sur le traitement de l'eczéma et de l'impétigo des enfants par l'administration à l'intérieur de la chrysarobine), par STAQUART (*Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1886).

A la dose de cinq milligrammes à deux centigrammes chez les petits enfants, et de quatre centigrammes chez ceux qui ont atteint 7 ans, ce médicament amène rapidement la dessiccation des surfaces eczémateuses, la chute des croûtes et la disparition de la rougeur inflammatoire. H. H.

Die lepra-Bacillen in ihrem Verhältniss zum Haut-Gewebe (Les bacilles de la lèpre dans leurs rapports avec les tissus de la peau), par UNNA (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1886).

Les bacilles ne sont pas irrégulièrement distribués dans la peau; ils sont contenus dans les radicules lymphatiques et forment ainsi un réseau qui présente de nombreuses dilatations produites par l'accumulation des éléments parasitaires; ils ne sont pas inclus dans des cellules; ils ne pénètrent pas dans l'épiderme, sans doute parce que cette membrane n'a pas une température suffisante pour en permettre le développement; les épithéliums sont cependant pour eux un milieu favorable car ils envahissent les follicules pileux.

On les trouve en grand nombre dans les vaisseaux sanguins, capillaires, veinules et artérioles; ils peuvent donc être transportés dans des régions éloignées des parties primitivement atteintes. Le corps des lépreux renferme, pendant toute la durée de leur maladie, des millions de bacilles.

Dans les glandes sudoripares, le parasite se présente sous la forme de granulations isolées ou agglomérées qui proviennent vraisemblablement de bacilles et sont modifiées par le produit de sécrétion des glandes.

Si l'on exprime le liquide contenu dans les parties malades, on peut constater que les parasites siègent entre les cellules sans jamais y pénétrer.

On voit souvent dans les foyers bacillaires des espaces libres que l'on a appelés *vacuoles;* l'auteur les interprète ainsi qu'il suit : un foyer bacillaire comprend, outre les bacilles, une masse transparente, fortement réfringente, que l'on peut appeler vitreuse. Si les bacilles, au lieu d'y être régulièrement distribués, s'accumulent en certains points, la masse vitreuse prend l'aspect d'un espace libre; mais ce n'est rien moins qu'une vacuole.

Unna pense que ses recherches doivent conduire à modifier les idées régnantes sur la nature des nodules lépreux; il se refuse à les considérer comme inflammatoires; il ne regarde pas les cellules qu'ils renferment comme des globules blancs migrateurs. Pour lui, ces nodules constituent des tumeurs qui doivent être rangées parmi les *hypertrophies infectieuses*; ce sont des tumeurs bacillaires; s'il se produit des ulcérations, c'est sous l'influence de traumatismes ou de médications irritantes. (Nous ne pouvons admettre ces dernières propositions de Unna; nous avons

Digitized by Google

pu constater chez une lépreuse que nous avons observée pendant deux ans de fréquentes poussées caractérisées par de la tuméfaction, de la rougeur, de la douleur, la formation de bulles et une réaction fébrile; elles étaient à coup sûr de nature phlegmasique.) H. HALLOPEAU.

Lupus-Behandlung durch Kälte (Traitement du lupus par le froid), par GERHARDT (*Deutsche med. Woch.*, n° 41, 1885).

L'auteur admettant la nature tuberculeuse du lupus, et sachant d'autre part que les bacilles cessent de se développer au-dessous de 29° a pensé que la réfrigération de la peau devait mettre obstacle à l'activité bacillaire et du même coup à l'évolution des éléments anatomiques du lupus. Il a obtenu, par l'application d'une vessie de glace sur les parties malades, chez quatre sujets atteints de lupus, des résultats assez encourageants pour l'avenir de sa méthode. — Il conseille donc de nouvelles tentatives du même ordre. L. GALLIARD.

Éléphantiasis du cou et de la face, par BOURSIER (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 22 *novembre*).

Cette observation concerne un homme de 52 ans, atteint d'un éléphantiasis des Arabes, qui a envahi toute la moitié droite du cou et la partie inférieure de la face, et qui a offert, durant son évolution, quelques particularités.

Siégeant au cou, ce qui, d'après Kaposi, est exceptionnel, il a présenté une érosion de ses saillies mamelonnées, qui a donné lieu à une hémorragie en nappe assez abondante. Par la compression qu'il a déterminée sur les vaisseaux, les nerfs, la trachée et l'œsophage, il a provoqué des troubles fonctionnels qui ont rapidement amené la mort. Au point de vue anatomique, il a envahi la totalité des parties molles de la région, et l'on a pu constater le développement excessif des lacunes et des premières voies lymphatiques. OZENNE.

Dermatological Notes, par G.-H. FOX (*Journal of cut. and venér. diseases*, *mai* 1885).

1° *Éléphantiasis de l'avant-bras et de la main.* — Femme de 46 ans. Mal datant de l'enfance, et précédé des poussées érysipélateuses ordinaires. L'intérêt du fait est dans la rareté de cette localisation. Des onctions d'oléate de mercure à 5 0/0 ont amené un peu d'amélioration.

2° *Zona.* — Un enfant mâle de 5 mois était atteint d'un zona siégeant sur le côté droit du corps et le bras correspondant. Sa mère avait eu pendant la gestation (4e mois) un zona de la cuisse. La même éruption s'était développée déjà chez elle à l'occasion d'une grossesse antérieure; mais l'enfant, cette fois, n'eut rien de semblable.

3° *Kératose palmaire et plantaire.* — Deux cas. Chez le premier sujet, le mal était strictement limité aux pieds et aux mains. Chez le second, il y avait en outre de la kératose pilaire des membres et partout ailleurs un léger degré d'ichthyose.

Dans les deux cas l'affection était héréditaire; le père du premier malade, la mère, la grand'mère maternelle, un oncle, un frère, deux sœurs et deux neveux étaient semblablement atteints. H. DANLOS.

Digitized by Google

I. — Die Electrolyse als mittel zur radicalen Beseitigung (De la destruction radicale des poils par l'électrolyse), par P. MICHELSON (*Berl. klin. Woch.*, 19 *octobre* 1885).

II. — Neuere Arbeiten über elektrolytische Radicalepilation, par P. MICHELSON (*Monatshefte f. prakt. Dermat.*, *n°* 4, 1886).

III. — Die dauernde Entfernung von Haaren mittels Elektrolyse, par C. HEITZMANN (*New Yorker med. Presse*, *n°* 1, *décembre* 1885).

IV. — Superfluous hair, par G. Thomas JACKSON (*Med. Record. New York*, 23 *mai* 1885).

V. — Ueber Radicalepilation mittels galvanischen Stromes (Épilation par le courant galvanique), par M. MŒLLER (*Wiener med. Presse*, *n°* 45, 1885).

VI. — Die Radicalbehandlung der Hypertrichosis mittels Elektrolyse (Traitement de l'hypertrichose par l'électrolyse), par W. A. HARDAWAY (*Monats. f. prakt. Dermat.*, *n°* 10, 1885).

VII. — Ueber dauernde Beseitigung krankhaften Haarwuchses (De la destruction radicale des poils anormaux), par G. BEHREND (*Berl. klin. Woch.*, 22 *février* 1886).

VIII. — *Idem*, **par BEIGEL** (*Wiener med. Blätter*, *n°* 5, 1886).

IX. — De l'épilation par la galvanocaustique chimique, par BARATOUX (*Revue médicale*, 13 *mars* 1886).

I. et II. — Toutes les méthodes usitées jusqu'ici pour détruire les poils barbus qui défigurent le visage de certaines femmes ont l'inconvénient de ne pouvoir atteindre en entier la portion folliculaire des poils. Il en résulte que les moignons de poils, chez les brunes notamment, restent visibles par transparence, en formant des surfaces foncées et chagrinées.

Il y a quelques années, aux États-Unis, on a trouvé dans l'électrolyse un moyen de cure radicale. Le premier, Michel, oculiste à Saint-Louis, y eut recours contre le trichiasis. Encouragé par les résultats, Michel Hardaway en fit la première application aux poils barbus; ses succès lui donnèrent de nombreux imitateurs aux États-Unis parmi lesquels Fox (*R. S. M.*, XIV, 233), Heitzmann et Jackson.

En Allemagne, c'est Michelson qui a introduit la méthode américaine. Il se sert, comme batterie, de vingt à trente petits éléments Lalande (zinc, oxyde de cuivre, et solution de potasse caustique) et comme aiguilles, des équarrissoirs à pivot des horlogers, de grosseur moyenne.

Quand on enfonce, le long du poil jusqu'à son follicule, une aiguille reliée au pôle négatif, sans exercer aucune traction sur le cheveu, voici ce qu'on observe : tout d'abord le pourtour du follicule rougit, puis quelques instants après pâlit et se tuméfie. Les téguments correspondants simulent une papule d'urticaire traversée centralement par le poil. Bientôt après, c'est-à-dire de 15 à 30 secondes après la fermeture du courant, on voit sourdre des perles d'écume qui bleuissent au contact du papier de tournesol rouge et se montrent, au microscope, composées de bulles de gaz et de détritus.

Dans l'heure ou les heures suivantes, apparaissent les phénomènes

Digitized by Google

secondaires. A la cime de la papule, l'épiderme se soulève et il se forme une vésicule pleine de sérosité hémorragique. Lorsque l'électrolyse porte sur plusieurs follicules pileux voisins, le sujet éprouve de la chaleur et de la tension causées par la rougeur et le gonflement diffus de la peau. Au bout de 24 heures au plus, les vésicules sont desséchées en croûtes et il ne reste aucune autre trace de l'opération; très exceptionnellement, se développent des pustules à évolution plus lente. Le poil, correspondant au follicule attaqué, tombe souvent déjà l'un des jours suivants au moindre contact accidentel un peu énergique ou pendant la toilette. Dans d'autres cas, il reste adhérent à la croute et ne tombe qu'avec elle.

Lorsqu'on examine les poils ainsi tombés, on trouve presque toujours qu'une grande partie des gaines radiculaires enveloppe la portion folliculaire de la tige. Sous le microscope, on distingue une multitude de bulles gazeuses non seulement adhérentes à la face extérieure de la portion profonde du poil, mais aussi infiltrées dans toutes les fissures, jusqu'à l'extrémité du poil.

A la croûte, succède une petite cicatrice en fossette qui finit par disparaitre.

On ne doit jamais arrêter l'électrolyse avant l'apparition de mousse à l'orifice du follicule.

Michelson a apporté à la méthode américaine deux modifications qui la rendent plus prompte.

Il ne se sert pas de la pince à épilation qu'il juge inutile et il accouple deux ou trois aiguilles qu'il met en relation avec le pôle négatif, de façon à attaquer à la fois 3 follicules pileux, à la distance de 4 millimètres les uns des autres.

Lorsqu'on a employé des courants un peu énergiques, il n'est pas rare de voir tomber les jours suivants plusieurs poils voisins du seul qu'on a attaqué directement. J. B.

III et IV. — Heitzmann et Jackson ont été des premiers à employer le procédé de Michel pour l'épilation galvanocaustique. Ils publient dans cette note le procédé et les résultats qu'ils ont obtenus.

V. — Möller emploie un courant de 3 à 5 éléments, mettant l'aiguille au pôle négatif, et le pôle positif dans la main. L'aiguille est enfoncée au niveau du bulbe pileux et le poil tombe en 3 minutes. Chez une dame il fit en 14 mois 158 séances et enleva 824 poils.

VI. — Hardaway emploie une batterie de 10 à 12 éléments et enlève dans une séance 15 à 20 cheveux. Même dispositif des pôles, l'aiguille au pôle négatif, le pôle positif dans la paume de la main. H... estime que dans 80 à 90 0/0 des poils enlevés l'opération est radicale; le poil ne repousse pas. A. C.

VII. — Behrend combat d'abord l'opinion générale que les cheveux recroissent d'autant plus vigoureusement qu'on les coupe plus souvent. D'un grand nombre de mensurations, il conclut que le cheveu coupé ne croît pas plus vite, ce qui, physiologiquement, se comprend, vu la nature des poils. Ce qui a causé l'erreur c'est qu'alors le cheveu augmente de diamètre, devient plus raide et plus foncé. L'examen microscopique fait reconnaître que toutes ces modifications tiennent uniquement au fendillement du poil, à sa dessiccation et à la pénétration de l'air dans les substances corticale et médullaire.

Digitized by Google

Immédiatement après la publication de Hardaway, Behrend a eu recours à l'électrolyse pour détruire les poils siégeant sur des régions insolites. Il rapporte cinq observations de femmes affligées de barbe, qu'on a traitées avec succès de cette façon. Quand l'opération est faite avec précautions, elle ne laisse pas de cicatrices. Behrend se sert d'aiguilles à coudre très fines. La malade tient dans sa main le pôle positif, tandis que l'opérateur enfonce l'aiguille le long du cheveu jusqu'à la papille; ce n'est qu'à ce moment qu'il doit fermer le courant, si non il cautériserait la peau. Quand le courant a agi de 15 à 20 secondes on le rompt avant de retirer l'aiguille; le cheveu est alors extrait à l'aide d'une pince à cils.

La douleur causée par l'électrolyse varie non seulement suivant les individus, mais encore suivant les places, de sorte qu'on est souvent obligé de diminuer la force du courant.

Quand les poils sont implantés très superficiellement, on voit apparaître, immédiatement après la fermeture du courant, de la mousse blanche à l'orifice du follicule. Quand les poils sont implantés plus profondément, cette écume n'apparaît que tardivement et Behrend n'attend pas la production pour cesser l'électrolyse, sinon on risque d'avoir des cicatrices.

L'apparition de la mousse n'indique donc nullement le moment où le cheveu se trouve mobilisé, car, quand il est superficiel, elle se montre auparavant et dans les autres cas seulement après.

La rougeur et les croûtes demandent plusieurs jours pour disparaître. C'est ce qui allonge extraordinairement le traitement, car les dames attendent en général la disparition de ces phénomènes pour se soumettre à une nouvelle opération. En outre, dans chaque séance, afin d'éviter une fatigue à la fois manuelle et intellectuelle, l'opérateur ne peut enlever qu'un nombre limité de poils, quinze ou vingt.

Behrend n'est pas partisan de la modification de Michelson consistant à introduire en même temps plusieurs aiguilles, car une seule aiguille réclame déjà toute l'attention de l'opérateur. Pour ne pas faire pénétrer l'aiguille trop profondément et éviter des cicatrices, il faut toujours au préalable s'assurer de la profondeur approximative du bulbe pileux, en exerçant avec la pince une légère traction sur le cheveu qu'on veut extraire. Lorsque le cheveu est implanté superficiellement, cette traction soulève la peau en un cône élevé, à base étroite; lorsque le cheveu est profond, le cône est peu saillant et a une large base. Il faut aussi, avant de fermer le courant, s'assurer que l'aiguille a bien été enfoncée dans la direction du poil, en la faisant un peu mouvoir; alors, on doit voir le cheveu exécuter un petit mouvement en sens inverse.

L'écume, qui sourd à l'orifice du follicule, ne doit pas être teinte de sang, sinon on a des cicatrices.

Contrairement à Behrend et à Michelson, *Karewski* a employé la galvanocaustique chez une jeune dame ayant une barbe noire touffue, qui avait résisté à tous les épilatoires et agents caustiques usuels. La barbe fut complètement détruite, mais il lui succéda trois kéloïdes que Karewski met au passif, non de l'électrolyse, mais des traitements irritants antérieurs.

Karewski a également essayé simultanément chez une autre femme barbue l'électrolyse et le galvanocaustique. Il a conclu que cette dernière

Digitized by Google

est beaucoup moins douloureuse et demande beaucoup moins de temps. Les cicatrices ombiliquées, à peine visibles, sont les mêmes dans les deux méthodes.

Lassar emploie des aiguilles de platine pour l'électrolyse et confirme que cette opération ne laisse pas de cicatrices. De temps en temps, on est obligé d'interrompre le traitement qui attaque manifestement le système nerveux.

Behrend est convaincu que chez l'opérée de Karewski, c'est bien l'électrolyse qui a été la cause occasionnelle du développement des kéloïdes chez une femme prédisposée. Aussi l'électrolyse, malgré son action plus lente et son maniement plus délicat, est-elle préférable parce qu'elle ne détermine pas de cicatrices. J. B.

VIII. — Beigel a employé avec succès l'électrolyse dans le traitement de l'hypertrichose et de la trichose anormale. Suivant le principe de Hardaway, il dirige un courant électrique sur la papille qui engendre le cheveu pour la détruire par l'action chimique de ce courant.

Il se sert d'une batterie de dix éléments dont le malade tient en main l'électrode du pôle positif, tandis que l'électrode du pôle négatif est prolongée d'une aiguille en acier. Le courant étant interrompu, on introduit l'aiguille le long du poil qu'on veut extirper et l'on sait qu'on est arrivé dans la papille lorsqu'en imprimant quelques mouvements de latéralité à l'aiguille le poil la suit un peu. On ferme alors le courant et l'aiguille reste en place pendant 15 à 20 secondes, on la retire après. Si alors le poil se laisse facilement arracher, le résultat sera positif, la place occupée par lui restera glabre.

Le poil ainsi éliminé présente, au microscope, plusieurs vésicules, il est de couleur claire comme à la suite de l'action des alcalis.

L'opération n'est pas indolore et elle donne lieu à de la rougeur de la peau sur laquelle se montre bientôt une vésicule qui se couvre d'une croûtelle. Il faut, par conséquent, attendre après chaque séance la disparition de l'irritation et comme on ne peut extraire chaque fois plus de 20 à 30 poils, on voit que l'opération sera de longue durée. Néanmoins elle donne d'excellents résultats. M. SCHACHMANN.

IX. — Baratoux emploie la pile de Gaiffe au chlorure de zinc et au bioxyde de manganèse. Il est indispensable d'intercaler dans le circuit un galvanomètre d'intensité divisé en milliampères, ce qui permet de manœuvrer d'une façon convenable le collecteur de la pile. Le pôle positif est terminé par un cylindre de charbon recouvert de peau de chamois.

Au pôle négatif s'adapte un manche auquel est fixée une aiguille fine et courte en or.

Pendant qu'on enfonce l'aiguille dans la peau à la base du poil, on fait passer le courant de manière à obtenir deux ou trois milliampères. Autour de l'aiguille on voit très bien le dégagement d'hydrogène produit par la destruction des tissus. Le poil ne tarde pas à tomber. L'opération exige environ une minute; de plus, elle est assez douloureuse.

Depuis ses premiers essais, Baratoux fait passer un courant de cinq à six milliampères; la douleur est, il est vrai, plus vive, mais elle est de plus courte durée, puisque, en quinze secondes à peine le résultat cherché est obtenu. En examinant le poil au microscope, on reconnaît qu'il est clair et transparent.

Digitized by Google

Il est avantageux de faire préalablement une injection sous-cutanée de chlorydrate de cocaïne à 1/50, ce qui permet de faire presque sans douleur l'épilation d'une trentaine de poils à chaque séance.

Il est bon de ne répéter les séances que tous les deux ou trois jours. Quand l'opération est bien faite, les poils qui repoussent ne dépassent guère 1/15 des poils enlevés; et il est rare qu'à la suite d'une deuxième opération, il y ait récidive. A. C.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

Traité pratique des maladies vénériennes, par Louis JULLIEN, 2e édition (*In-8° de* 1270 *pages, Paris*, 1886).

Le succès obtenu par cet ouvrage ne pouvait qu'engager l'auteur à en donner rapidement une nouvelle édition : celle qu'il vient de publier est mise au courant des recherches les plus récentes, la bibliographie de chaque sujet a été complétée de façon à fournir toutes les indications utiles, le nombre des figures qui accompagnent le texte a été doublé afin de pouvoir représenter presque tous les types importants des lésions vénériennes.

Ne pouvant, à propos de chaque chapitre, relever les modifications apportées par l'auteur à son texte primitif, nous voulons seulement signaler ici ses recherches personnelles sur un sujet tout d'actualité, sur les microbes pathogènes de la blennorragie et de la syphilis.

Jullien s'est livré à de nombreux examens de pus blennorragique; le violet de méthyle est la matière colorante qui lui a donné les meilleurs résultats; il a constamment trouvé dans les suppurations de l'urètre un micrococcus de un demi-millième à un millième de millimètre, disposé par groupes de 2, 3 ou 4, très mobile à l'état frais, pénétrant dans les globules purulents et les détruisant en désagrégeant leurs noyaux; il est surtout très abondant dans l'écoulement des blennorragies aiguës. L. Jullien l'a rencontré également dans le sang des blennorragiques ; c'est même ce liquide qui lui a fourni les préparations et les cultures les plus pures et les plus démonstratives; il l'a trouvé aussi dans le liquide des vaginalites qui accompagnent l'orchite blennorragique. Les médicaments parasiticides, surtout l'eau de chaux, le sulfate de quinine et l'acide picrique, donnent dans la blennorragie des résultats excellents et rapides, et constituent un progrès sur les anciennes méthodes astringente et caustique.

Quant au microbe de la syphilis, Jullien n'a pas pu parvenir à le constater et il n'a jamais pu isoler que des micrococci sans caractères particuliers et d'une vitalité éphémère. G. THIBIERGE.

I. — La syphilis héréditaire et le rachitis, par J. PARROT (*In-8° de* 300 *pages, publié par* **TROISIER**, *Paris*, 1886).

Digitized by Google

II. — Lettsomian lectures on some points on the natural history of syphilis, par Jonathan HUTCHINSON (*Brit. med. journ., p.* 141, *janvier* 1886).

III. — A propos du rôle de l'hyperthermie dans la syphilis, par PORTALIER (*Ann. de derm. et de syph., p.* 647, 1885).

IV. — Les accidents parasyphilitiques à propos d'un cas de rhumatisme infectieux, par RENAUT (*Ibidem, p.* 565, 1885).

V. — Beitrag zur Lehre von der paroxysmalen Hœmoglobinurie bei Syphilis (Hémoglobinurie paroxystique dans la syphilis héréditaire), par L. GŒTZE (*Berl. kl. Woch., p.* 716, *novembre* 1884).

VI. — Emoglobinuria e sifilide (Hémoglobinurie et syphilis), par MURRI (*Rivista clin. di Bologna, fascic. IV et V,* 1885).

VII. — Ueber syphilitische Gelenkaffectionen (Arthropathies syphilitiques), par VIRCHOW (*Berl. kl. Woch., XXI, p.* 534 *et* 549).

VIII. — Ueber Lues hereditaria tarda (Syphilis héréditaire tardive), par von ZEISSL (*Wiener Klinik, VII,* 1885).

I. — Lorsqu'une mort prématurée vint, il y a trois ans, enlever à la science le professeur Parrot, il se disposait à publier un ouvrage capital sur la syphilis héréditaire infantile. Ce sont les éléments de ce travail, qui devait être appuyé sur un nombre considérable d'observations personnelles, que Troisier offre aujourd'hui au public médical. Désireux de conserver non seulement le fond de l'enseignement du regretté professeur, mais le texte même de ses écrits, il s'est borné à réunir et à publier dans un corps d'ouvrage toutes les leçons cliniques du maître, les notes et les mémoires relatifs à la syphilis héréditaire. La plupart de ces chapitres sont donc connus déjà des lecteurs érudits, mais leur réunion en fait, pour ainsi dire, un ouvrage neuf et très instructif à méditer, car il montre d'une façon saisissante les différentes phases par lesquelles a passé l'esprit de Parrot avant d'édifier sa doctrine du rachitisme syphilitique.

Il y a, en effet, deux parties très dissemblables dans ce volume. Les premiers chapitres nous présentent un tableau d'ensemble des symptômes objectifs de la maladie, en la prenant dès l'utérus, avec les avortements prématurés que la syphilis provoque et l'hydramnios qui en est souvent la conséquence. Parrot décrit d'abord les manifestations cutanées de la vérole héréditaire, les syphilides bulleuses, si communes à la naissance, les syphilides maculeuses et papuleuses, les ulcérations cutanées, les lésions des muqueuses et du tissu cellulaire (abcès sous-cutanés), puis les désordres viscéraux tenant à l'hypertrophie et aux dégénérescences du foie, de la rate, des reins et des poumons. En regard des symptômes, les lésions anatomiques sont étudiées avec le soin minutieux des détails qui était la caractéristique du talent de Parrot, et l'ensemble de ces leçons se termine par des considérations très intéressantes sur le traitement et l'alimentation des jeunes syphilitiques.

Ici se termine ce qu'on pourrait appeler la partie didactique de l'ouvrage. La seconde, plus exclusivement scientifique, est composée d'une série de monographies presque toutes relatives aux manifestations osseuses de la syphilis et à ses rapports avec le rachitis. L'évolution des

Digitized by Google

idées du maître est, à cet égard, des plus curieuses. Parti de la clinique et d'une analyse minutieuse de certains accidents pseudoparalytiques qui dépendent non point d'une affection du système nerveux, mais d'une ostéo-périostite, Parrot est amené à étudier l'état des os chez ses petits malades. Il arrive bientôt à se convaincre que les altérations ossouses sont communes, si communes, que leur absence est tout à fait exceptionnelle ; en même temps, il ne peut s'empêcher d'être frappé de l'analogie singulière qui rapproche ces lésions de celles du rachitisme. Une série de notes et de mémoires, publiés en 1872 et 1873, marquent cette étape dans les doctrines de Parrot ; à cette date, il est convaincu que les lésions syphilitiques sont spéciales et qu'elles diffèrent de celles du rachitisme, et revient avec insistance sur les caractères différentiels de ces deux affections. Bientôt, il arrive à douter de ces dissemblances, et dès 1875, voyant des enfants syphilitiques ne présenter que des lésions osseuses, il se demande si le rachitisme lui-même n'est pas quelquefois une manifestation de la syphilis infantile larvée. Cette idée est émise, plus explicitement, dans le mémoire de 1876, publié dans les *Archives de Physiologie*. L'étude des déformations du crâne, du crâniotabes, vient encore confirmer dans son esprit la similitude, pour ne pas dire l'identité des deux maladies, et, dès lors, il s'applique avec toute l'ingéniosité de son esprit à accumuler les preuves de l'origine syphilitique du rachitis. Les deux communications faites en 1881 au congrès de Londres et en 1883 à la Société de chirurgie fixent la date de cette dernière manière de Parrot, qui était sa doctrine définitive.

Il ne nous appartient ni de critiquer, ni de discuter la théorie syphilitique du rachitisme. Nous croyons qu'elle est trop exclusive, et que Parrot, entraîné par les préoccupations constantes de son esprit, a trop généralisé un fait exact. Il n'en restera pas moins établi sur des données irréfutables, parce qu'elles reposent sur l'observation consciencieuse de centaines de malades, que la syphilis est un des facteurs du rachitisme et non des moins importants ; fait étiologique d'une immense portée, et qui était à peine soupçonné avant les travaux du regretté professeur.

Nous ne saurions terminer cette analyse sans féliciter Troisier du soin minutieux avec lequel il a coordonné et mis en relief les documents contenus dans ce volume. De magnifiques planches en chromo-lithographie rendent plus saisissantes les explications du texte, et constituent un atlas des lésions de la syphilis héréditaire, aussi remarquable par la valeur artistique des figures que par leur exactitude pour ainsi dire photographique. H. R.

II. — L'idée mère qui ressort de ces leçons est que la plupart des phénomènes considérés comme tertiaires dans la syphilis peuvent se montrer dans les premières périodes de cette maladie ; l'auteur insiste sur le rupia, la périostite, les affections viscérales et les désordres du système nerveux qui sont parfois des accidents précoces. Les accidents dits tertiaires ne sont que des rechutes de processus morbides antérieurs, qui atteignent des tissus déjà viciés par le virus. H. R.

III. — Observation relative à un chancre induré à tendance phagédénique qui, bien que laissé sans pansement exposé au contact incessant de l'urine, a guéri spontanément sans laisser de trace appréciable en l'espace de dix

Digitized by Google

jours, pendant l'évolution d'une pneumonie double. Une vieille blennorragie, remontant à plus d'un an et que rien n'avait pu tarir, a disparu du même coup; mais la syphilis n'a pas cédé malgré cela, car, six semaines après le début du chancre, le malade fut atteint d'une roséole caractéristique.

H. DANLOS.

IV. — Ce néologisme s'applique à des accidents qui, bien que nés de la vérole, ne lui appartiennent pas. Ce sont « des semences parasites auxquelles la vérole, par le hasard de ses accidents locaux, a fourni l'occasion de s'introduire et de germer, mais qui, à partir de là, restent absolument distinctes ». Tantôt la vérole agit en déterminant un ralentissement de la nutrition (?), d'où éclosion de diathèses latentes (tuberculose, lithiase biliaire, etc.); tantôt les ulcérations déterminées par la syphilis permettent l'introduction de germes septiques déterminant des néphrites infectieuses, des érysipèles à répétition, des accidents de pseudo-rhumatisme. L'auteur rapporte à ce propos et commente longuement l'observation d'une femme syphilitique d'ancienne date, atteinte depuis longtemps d'un syphilome ano-rectal ulcéré et végétant, chez laquelle se développèrent, à plusieurs reprises, des accidents de rhumatisme bâtard à caractère infectieux. Une première attaque détermina une lésion mitrale ; une deuxième, sept ans plus tard, s'accompagna d'abcès musculaires et d'accidents ataxo-adynamiques qui cédèrent rapidement au traitement antiseptique de l'ulcère rectal (injections bi-quotidiennes de sublimé à 1 et plus tard 1/2 pour 1,000), circonstance de nature à justifier l'opinion de l'auteur sur l'origine des accidents.

H. DANLOS.

V. — C'est le premier exemple d'hémoglobinurie paroxystique liée à une syphilis héréditaire.

Orpheline, âgée de 9 ans, ayant eu 12 frères et sœurs dont 7 morts en bas âge et 3 de 8 à 10 ans. Elle offre un ensemble de signes de syphilis congénitale: déformations dentaires d'Hutchinson, kérato-iritis double, cicatrice du tympan gauche avec surdité, hyperostose d'un tibia et d'un avant-bras, gonflement des ganglions cervicaux et cubitaux.

Les accès hémoglobinuriques s'annoncent par des élancements dans les membres et la région hépatique, par des bâillements et une sensation de froid. Le foie, sensible à la pression, dépasse de deux doigts l'arc costal. Au bout d'une demi-heure de frissonnements, il y a un stade de sueurs très court suivi d'émission d'urine de couleur d'encre. Une demi-heure plus tard, les urines sont déjà redevenues normales. Pour faire apparaître un accès, il suffit d'éloigner l'enfant du poêle. Quelquefois l'accès se borne soit à l'hémoglobinurie, soit aux phénomènes prémonitoires.

Malgré l'absence de toute cause paludéenne, Gœtze a essayé d'abord la quinine qui s'est montrée entièrement impuissante. En revanche, l'administration alternative d'iodure de potassium et de mercure a donné des résultats inespérés : résolution du pannus et des opacités de la cornée, disparition de l'hémoglobinurie qui n'a pas reparu malgré qu'à titre de pierre de touche Gœtze ait plongé les pieds et les mains de l'enfant dans de l'eau glacée. D'ailleurs, le chiffre des globules rouges est monté à 4 millions de 2,500,000 qu'il était dans les intervalles libres et même de 1,800,000 après les accès d'hémoglobinurie.

J. B.

VI. — Dans cet intéressant travail, Murri conclut de ces nouvelles recherches que l'hémoglobinurie est souvent une manifestation de la syphilis ancienne ou récente. Les succès qu'il a obtenus à l'aide de la médication spécifique lui paraissent confirmer cette interprétation. Dans

Digitized by Google

quelques cas, l'hémoglobinurie *a frigore* se manifeste en même temps que d'autres accidents syphilitiques et disparaît avec eux ; dans d'autres où fait défaut cette coïncidence des accidents, l'anamnèse et surtout l'efficacité du traitement mettent sur la voie ; enfin l'autopsie même a pu démontrer l'existence de la syphilis. Ehrlich, Lichtheim, Boas, Mannino, Schumacher, etc., ont accepté cette manière de voir qui a été repoussée par d'autres auteurs s'appuyant sur l'impossibilité de démontrer l'existence de la vérole. Murri a dressé un tableau des observations, qui montre que la syphilis existait certainement dans 15 cas ; dans 14 cas, il n'en est pas fait mention ; dans 5, on affirme qu'elle n'existait pas ; dans 2, le diagnostic était douteux.

Quelle que soit d'ailleurs la cause de l'hémoglobinurie, elle se présente toujours sous les mêmes aspects à l'observation. Non seulement il n'existe pas de caractères différentiels importants, mais il n'y a pas non plus de critérium anatomique suffisant pour distinguer les altérations qui sont la cause ou l'effet de l'hémoglobinurie. Toutefois, l'auteur insiste sur ce fait qu' dans les affections paludéennes chroniques, c'est la fièvre qui provoqu[illegible] émoglobinhémie, tandis que dans la syphilis, c'est l'hémog[illegible] au contraire, suscite la fièvre. Il admet, en résumé, que l'hémoglobinurie d'origine syphilitique est beaucoup plus commune qu'on ne l'a cru, et qu'un bon nombre de cas non classés appartiennent sans doute à ces syphilis ignorées que Fournier a si nettement mises en évidence.

Murri revient ensuite sur une observation rapportée dans son précédent travail sur l'hémoglobinurie *a frigore*. Il s'agit du nommé L. C..., malade chez lequel la syphilis très évidente avait été traitée avec succès en 1879 et 1880. Ce ne fut que le 20 décembre 1882 qu'il eut son premier accès d'hémoglobinurie ; il en eut 10 ou 12 jusqu'au mois de février 1883, mais peu intenses. Le 12 novembre de la même année, il rentra à la Clinique avec une éruption papuleuse et circinée semblable à celle qu'il avait présentée déjà en 1879 et occupant le ventre et la cuisse gauche ; il y avait aussi de la tuméfaction des ganglions. L'éruption fut qualifiée de syphiloderme nodulaire et résista à l'iodure de potassium. Le calomel, les frictions mercurielles furent successivement prescrites sans arrêter les paroxysmes d'hémoglobinurie dans les premiers temps. A partir du 17 février 1883, les accès diminuent d'intensité et cessèrent tout à fait bientôt ; il sortit de la Clinique le 18 mars. Il fut ramené le 24 avril, atteint cette fois d'accidents graves qu'on avait attribués à une méningite aiguë et à une pneumonie. Il succomba le lendemain. L'autopsie, que Murri rapporte avec de grands détails, montra une méningite suppurée, une pleuro-pneumonie gauche, une néphrite parenchymateuse de la substance corticale ; en outre, les ganglions lymphatiques, le foie, les reins, la rate, le pancréas présentaient des altérations inflammatoires anciennes, accompagnées d'artérite lymphatique très étendue. L'auteur, en l'absence d'antécédents alcooliques, est assez disposé à rattacher ces accidents anciens à la syphilis, d'autant plus qu'il s'agissait d'un sujet encore jeune, sur lequel le traitement antisyphilitique avait eu manifestement prise.

Chez L..., en effet, le traitement avait été efficace non seulement contre les manifestations cutanées, mais aussi contre l'hémoglobinurie.

Digitized by Google

Murri rapporte encore deux autres observations de malades chez lesquels la syphilis était ignorée et qui, soumis au traitement mercuriel et iodique, virent cesser définitivement les accès d'hémoglobinurie. Il conviendra donc à l'avenir, dit-il, d'essayer le traitement antisyphilitique alors même que la syphilis n'est pas démontrée par les recherches cliniques et anamnestiques.

Murri passe ensuite en revue les diverses théories proposées pour rendre compte de la pathogénie de l'hémoglobinurie. Il attribue la plus grande importance, d'une part, aux lésions et aux désordres de l'appareil circulatoire, et, d'autre part, aux altérations du sang. Il a expérimentalement constaté que, chez un grand nombre de syphilitiques, les globules sanguins résistent mal aux refroidissements, et cela non seulement chez les syphilitiques hémoglobinuriques, mais chez tous les syphilitiques. C'est une notion dont il faut tenir compte, bien qu'elle ne suffise pas à expliquer le phénomène. F. BALZER.

VII. — C'est en 1859 que, pour la première fois, Virchow a rencontré la forme d'arthrite syphilitique sur laquelle il veut appeler l'attention. Il s'agissait d'un garçon de 14 ans, atteint de gommes du péricrâne et qui succomba à une dégénération amyloïde du foie. La jeunesse du malade, la vaste étendue des altérations viscérales et l'insignifiance des manifestations rendaient plus que probable l'origine congénitale de la maladie. La synoviale du genou, dilatée, contenait en abondance une synovie ténue et était tapissée d'enduits fibrineux. Cette lésion articulaire présentait la plus grande ressemblance avec l'arthrite déformante ou sèche. En effet, les altérations principales dans ces deux cas siègent sur les cartilages articulaires et consistent en leur disparition par usure sur certains points. Il existe toutefois une différence essentielle entre les deux affections. Dans l'arthrite déformante, cette destruction s'effectue par une dissolution du tissu cartilagineux et par la dénudation finale de la couche osseuse voisine qui, plus tard, passe à l'état poli et éburné bien connu, en formant une surface lisse miroitante, avec sillons longitudinaux.

Au contraire, dans la syphilis la perte de substance tient à la transformation progressive du cartilage en un tissu conjonctif très compact, mais en même temps raréfié, qui comble à la façon d'une cicatrice la perte de substance cartilagineuse. Dans les cas les plus intenses, il s'y joint fréquemment une sorte de production villeuse sur les bords, parfois même à la surface des pertes de substance. Il se produit ainsi des prolongements filiformes plongeant dans l'article. Les dépressions cicatricielles du cartilage articulaire ressemblent beaucoup à celles que la syphilis produit dans le foie et les poumons. Malheureusement, Virchow n'a jamais eu l'occasion de voir sur un cas de syphilis articulaire récente par suite de quelles altérations le cartilage parvient à cet état; il serait possible que l'affection débutât par des gommes qui disparaîtraient ensuite.

Les pertes de substance d'apparence cicatricielle n'occupent pas, comme dans l'arthrite sèche, les limites du cartilage, les points où il se continue avec la synoviale, mais bien le milieu de sa surface, là ou l'action des violences extérieures est difficilement admissible.

Depuis ce premier fait, Virchow a encore observé 3 fois, chez des

Digitized by Google

adultes, la même lésion syphilitique du genou. Mais une altération identique peut atteindre d'autres jointures : épaule, coude, poignet, etc.

Cette forme d'arthrite syphilitique se distingue des autres manifestations articulaires de la syphilis en ce qu'elle ne suppure pas.

On voit donc, en résumé, qu'il s'agit d'une chondrite articulaire spécifique se différenciant de la chondrite déformante par l'absence de néoformations osseuses.

Dans la discussion, Lewin demande à Virchow si les pertes de substance des cartilages articulaires ne seraient pas le résultat de la pression exercée par une gomme qui entraîne un trouble nutritif, une atrophie du cartilage. Elles seraient alors le dernier terme d'une affection que Lewin observe 4 ou 5 fois par an, bien que quelques auteurs en mettent l'existence en doute. Généralement aux deux côtés du ligament antérieur de la tête du péroné on voit apparaître un gonflement dont la forme irrégulière ne corrrespond pas aux limites de l'articulation ; puis surviennent de la tension et de la résistance élastique ; mais, faits importants pour le diagnostic, il n'y a ni douleurs, ni rougeur, ni dilatation des veines sous-cutanées ; en revanche, on remarque quelquefois une pigmentation des téguments articulaires. La ponction donne issue à de la sérosité et alors la présence d'une gomme devient mieux appréciable.

J. B.

VIII. — Zeissl a recueilli dans la littérature médicale 103 cas de syphilis héréditaire tardive. A ce nombre, il joint les observations suivantes :

1) Le 1er cas est celui d'un jeune homme de 18 ans, dont la mère et les 8 frères et sœurs sont bien portants, mais dont le père est syphilitique. Ce jeune homme a présenté, dès l'âge de 2 mois, des signes très marqués de rachitisme. A 13 ans, gonflement et douleurs dans les genoux ; à 17 ans, kératite parenchymateuse diffuse. Depuis quelques semaines, un abcès est apparu à la partie inférieure de la colonne vertébrale ; amélioration par le traitement spécifique.

2) Jeune fille de 15 ans ; mère et frères bien portants ; père malade ; aucun renseignement sur la nature de cette maladie.

A l'âge de 9 ans, cette jeune fille a présenté des ulcérations des deux cornées ; l'année suivante, une ulcération de la lèvre inférieure qui dura six à huit semaines et fut consécutive à un abcès. Depuis trois semaines, ulcération de la cloison nasale, suivie de la perforation du cartilage. Guérison par le traitement spécifique.

3) Enfant de 9 ans. Trois ans avant le mariage, le père de cet enfant contracta la syphilis. La mère et les enfants nés après lui sont bien portants. Depuis trois mois, ulcération serpigineuse de la peau de la poitrine. La cloison cartilagineuse des fosses nasales a été complètement détruite par une ulcération, qui a produit une perforation de la voûte palatine. Guérison rapide par le traitement spécifique.

4) Le 4e cas est celui d'un étudiant dont l'âge n'est point donné, et qui n'avait jamais pratiqué le coït. Ce jeune homme avait toujours été d'une bonne santé. A l'âge de 17 ans, ulcération de l'aile droite du nez. Depuis cinq mois, nouvelles ulcérations nasales, qui ont détruit une partie des ailes, ainsi que la cloison cartilagineuse. Guérison par le traitement spécifique.

Tous ces malades ne présentaient aucun autre symptôme de syphilis, aucune altération dentaire.

LESAGE.

Digitized by Google

On the incurability of certain nervous affections occurring among syphilitics (Incurabilité d'affections nerveuses d'origine syphilitique), par AMIDON (*Med. news*, 16 *janvier* 1886).

Amidon signale plusieurs cas de syphilis cérébro-spinale rebelles au traitement. Voici le résumé sommaire de ses observations :

1° Gomme cérébrale amenant de l'aphasie et de l'épilepsie; guérison. Périencéphalite consécutive amenant de l'hémiplégie droite partielle et de la démence avec tremblement, pas de guérison. Homme de 32 ans. Syphilis à 17 ans;

2° Gomme de l'humérus, guérie. Occlusion (probable) de l'artère opto-lenticulaire gauche. Hémiplégie droite partielle et anesthésie. Hémichorée droite. Homme de 30 ans. Syphilis à 24 ans;

3° Thrombose d'une branche de l'artère sylvienne gauche. Hémiplégie droite partielle, anesthésie et aphasie. Hémicranie et petit mal. Homme de 40 ans. Syphilis à 32 ans;

4° Périencéphalite probable. Céphalées, insomnies, hallucinations, attaques épileptiformes. Homme de 33 ans. Syphilis à 21 ans;

5° Obstruction de l'artère opto-lenticulaire gauche ou de la branche terminale de la sylvienne gauche. Sclérose spinale postérieure. Hémiplégie droite partielle; hémianesthésie. Attaques de manie. Ataxie. Homme de 43 ans. Syphilis à 33 ans;

6° Périencéphalite et lésions cérébro-spinales disséminées. Homme de 38 ans. Syphilis à 19 ans. Alcoolisme et tabagisme;

7° Myélite centrale, paraplégie. Homme de 38 ans. Syphilis à 33 ans;

8° Hémimyélite droite. Paralysie spastique de la jambe droite. Homme de 35 ans. Syphilis à 33 ans;

9° Atrophie chronique des cellules des cornes antérieures; atrophie musculaire; déformations articulaires. Femme de 63 ans. Syphilis à 59 ans;

10° Sclérose spinale postérieure, ataxie locomotrice. Femme de 33 ans; syphilis à 21 ans. A. C.

De la syphilis amygdalienne à forme diphtéroïde, par A. ROBIN (*Gaz. méd. de Paris*, 2 *janvier* 1886).

L'auteur rapporte une observation de plaques muqueuses diphtéroïdes de l'isthme du gosier chez une jeune fille atteinte d'accidents secondaires, et à cette occasion insiste sur la rareté de cette lésion, et sur la difficulté de diagnostic qu'elle présente souvent au début; après avoir repoussé toute idée d'angine diphtéritique, Robin retrace en quelques lignes l'histoire du chancre amygdalien, discute les erreurs de diagnostic auxquelles il expose et établit que, pour le cas actuel, il ne peut être mis en question; puis il base son diagnostic de plaques muqueuses diphthéroïdes sur la présence d'autres syphilides érosives et opalines dans la cavité buccale, sur l'absence de ganglions sous-maxillaires, sur l'impossibilité de trouver dans l'urine trace d'albumine et enfin sur la nature et le siège de l'exsudat qui s'écrasait sous le doigt, malgré son apparente cohésion. D'ailleurs le traitement spécifique est venu confirmer le diagnostic et a rapidement amené la guérison. OZENNE.

On visceral syphilis, par BRISTOWE (*The Lancet*, 21 *février* 1885).

L'auteur donne plusieurs observations de syphilis viscérale grave, dont voici le résumé sommaire :

Digitized by Google

1er *cas.* — Femme de 42 ans, mariée depuis vingt ans, atteinte peu après son mariage d'une angine grave et de longue durée ; mère de quatre enfants venus à terme, mais mort-nés, et d'un cinquième qui a vécu et qui est aujourd'hui âgé de 8 ans. Depuis sept ans, ulcérations chroniques des jambes ; depuis trois ans, tuméfaction du ventre, qui s'est dissipée spontanément, puis est revenue ; il y a deux ans, fièvre avec gonflement rhumatoïde de diverses jointures ; arthropathie persistante du coude gauche ; il y a trois mois, hématémèse abondante ; depuis lors, douleurs persistantes et tuméfaction de l'épigastre, perte d'appétit, nausées fréquentes. A l'entrée, on constate un amaigrissement marqué avec état cachectique ; gonflement du ventre avec dilatation considérable des veines sous-cutanées abdominales qui atteignent le volume d'un crayon ordinaire et sont le siège d'un murmure très appréciable au stéthoscope ; creux épigastrique entièrement rempli par une tumeur dure, irrégulière, paraissant appartenir au foie et très douloureuse à la pression. Tuméfaction rouge, chaude et douloureuse du coude et du genou gauche, sans épanchement intra-articulaire, mais avec empâtement œdémateux des parties molles. Amélioration rapide et marquée sous l'influence du traitement mixte ; en six semaines, les arthropathies ont complètement disparu, la tumeur épigastrique a diminué de volume ; la circulation intra-abdominale semble en voie de rétablissement. La malade est encore en traitement.

2e *cas.* — Homme de 43 ans, ayant eu à l'âge de 20 ans une syphilis non traitée ; alcoolique depuis lors ; pris depuis douze mois d'une toux d'abord sèche, puis accompagnée d'expectoration. Trois semaines avant l'entrée, gonflement des paupières et du cou, coloration cyanotique des oreilles, développement des veines du cou et du thorax ; bientôt après dyspnée et dysphagie. A l'admission, aucun signe physique de tumeur intra-thoracique, mais gêne évidente de la circulation veineuse dans le domaine de la veine cave supérieure ; orthopnée sans cornage ; impossibilité d'avaler les aliments solides. Rien au cœur ni aux poumons ; viscères abdominaux en apparence sains ; légère albuminurie. Le malade porte une large perforation de la voûte palatine et du voile du palais, avec perte de substance considérable, d'origine manifestement syphilitique. Traitement par l'iodure de potassium, 2 grammes par jour ; disparition rapide de la stase veineuse et de l'œdème de la face et des membres supérieurs, puis sédation graduelle de la dyspnée et de la toux ; en dernier lieu, disparition de la dysphagie. Guérison complète en moins de quinze jours.

3e *cas.* — Femme de 30 ans, alcoolique et prostituée. Date du début des accidents inconnue. Depuis dix-huit mois, altération progressive de la santé générale ; depuis huit mois, apparition d'une tumeur épigastrique qui a rapidement augmenté de volume ; dyspnée, toux fréquente ; nausées et vomissements après les repas. A l'examen, pas d'ascite appréciable, mais à l'épigastre tumeur dure et lobulée, de 3 pouces de haut sur 6 de large, formant évidemment la partie saillante du foie hypertrophié, dont le bord était aisément reconnaissable depuis l'épine iliaque antérieure et supérieure droite jusqu'à la jonction du huitième et du neuvième cartilages costaux gauches. Rate également hypertrophiée (hauteur de la matité splénique, 7 pouces). On ne fit alors aucun traitement. Cinq mois plus tard, situation aggravée ; ascite considérable et circulation collatérale manifeste au niveau des parois abdominales. Sous l'influence du traitement spécifique, elle guérit après une seule ponction. Mais quelques mois plus tard, ayant interrompu le traitement, elle fut prise d'accidents cérébraux : céphalée du front et du vertex, nausées, étourdissements, perte de la mémoire, puis paralysie complète du nerf facial gauche, intéressant l'orbiculaire, surdité de l'oreille gauche, parésie des deux muscles droits externes des yeux avec diplopie. Un nouveau traitement

Digitized by Google

syphilitique enraya la marche des accidents, mais la paralysie faciale et la surdité persistèrent. Il en était de même de l'hypertrophie du foie et de la rate, bien que l'ascite n'eût pas reparu. H. BARTH.

Zur Casuistik und Behandlung des Pemphigus syphiliticus des Erwachsenen (Casuistique et traitement du pemphigus syphilitique de l'adulte), par SCHUSTER (*Viertel. f. Derm. u. Syph.*, *p.* 281, 1885).

Dans les 3 cas relatés par l'auteur, il n'est nullement démontré que le pemphigus était de nature syphilitique. Il ressort, au contraire, de ces faits, que des antécédents spécifiques ne suffisent pas pour justifier dans le pemphigus l'emploi du mercure, qui généralement est mal supporté et aggrave les accidents. L'une des observations offre ceci de remarquable que, malgré la défense formelle du médecin, le patient prit chaque nuit en cachette un bain hydrominéral (Aix-la-Chapelle) à la température d'émergence (35 à 36° Réaumur) ; ce qui n'empêcha pas la guérison et peut-être même y contribua dans une certaine mesure.

H. DANLOS.

Étude clinique sur l'ostéomyélite gommeuse des os longs, par J.-F. FERRET (*Thèse de Lyon*, 1885).

L'ostéomyélite gommeuse a été récemment étudiée au point de vue anatomique par Gangolphe. (Voy. *R. S. M.*, XXVII, 616.) Cliniquement, elle se traduit par une douleur d'intensité très variable, par une tuméfaction ordinairement régulière, mais quelquefois sous forme de petites saillies mamelonnées, au niveau de laquelle la palpation est indolente et la température locale normale, sauf au moment des poussées aiguës. La suppuration, absolument exceptionnelle, est peu abondante, visqueuse comme celle des gommes sous-cutanées; la nécrose est également très rare et les séquestres sont toujours très petits, s'éliminant parfois sans que les malades s'en aperçoivent. La maladie se développe surtout sur les extrémités des os des membres et ordinairement sur plusieurs os; elle est chronique, présente quelquefois des poussées aiguës provoquées par un traumatisme ou une fracture spontanée. La guérison, spontanée ou sous l'influence du traitement ioduré, s'accompagne de la persistance du gonflement et du raccourcissement du membre. Le pronostic, généralement bénin, peut être aggravé par des lésions viscérales ou des fractures spontanées. L'ostéomyélite gommeuse débute de 2 à 30 ans après le chancre. Le traitement médical suffit presque toujours, mais la trépanation peut être indiquée par la persistance de douleurs très violentes.

G. THIBIERGE.

Resorcin bei der Behandlung der spitzen Warzen (La résorcine dans le traitement des condylomes), par BŒCK (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1886).

L'auteur a employé tantôt une solution aqueuse de résorcine à 4, 5, 6 0/0 en applications renouvelées quatre ou cinq fois par jour pendant deux semaines, tantôt une poudre formée de 2 parties de résorcine et d'une partie de sucre, de bismuth ou d'acide borique : la première a pour effet d'empêcher la récidive des végétations enlevées avec les ciseaux ou la curette; la seconde, appliquée sur les végétations, en produit l'atrophie,

Digitized by Google

elle a l'inconvénient de provoquer assez vite de la balano-posthite. L'auteur a vu cette médication amener en cinq semaines la guérison de condylomes qui depuis deux ans résistaient à tous les traitements. H. H.

I. — Ueber die Resorption und Wirkung verschiedener, zur cutanen Behandlung verwandter Quecksilberpraeparate (De l'absorption par la peau et de l'action de quelques préparations mercurielles), par Julius NEGA (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n° 20, p. 511, 15 octobre 1884*).

II. — Ueber die Merkurseife (Du savon mercuriel), par SCHUSTER (*Berliner klinische Wochens., n° 49, p. 819, 7 décembre 1885*).

I. — Nega a expérimenté sur 55 malades diverses préparations mercurielles destinées aux frictions cutanées. Voici ses conclusions :

L'opinion qu'une pommade contenant le mercure sous forme d'oxyde est plus facilement absorbée que celle le contenant à l'état de régule n'est pas exacte.

Toutes choses égales, d'ailleurs, l'absorption est considérablement moindre lorsque c'est toujours la même région des téguments qui sert aux frictions.

A dose égale, l'oléate est très inférieur au savon et à l'onguent mercuriels. Même à dose double (ce qui, comme mercure, représente une dose simple d'onguent), il n'est pas résorbé plus rapidement. Toutefois, il irrite moins la peau et la muqueuse buccale, ce qui le rend propre à être employé contre les syphilis légères.

Le savon mercuriel d'Oberlaender dépasse l'oléate comme facilité d'absorption et efficacité, et il se rapproche beaucoup de l'onguent gris; mais à cause de la difficulté d'avoir une bonne préparation et d'employer de hautes doses, il ne le vaut pas.

L'onguent gris de la pharmacopée française étant le plus rapidement absorbé, c'est à lui qu'il faut donner la préférence pour la cure en frictions dans les cas graves.

II. — Voici le résultat des expériences faites par Schuster avec le savon hydrargyrique à la potasse, recommandé par Oberlaender en 1882.

Il est d'un emploi plus commode que l'onguent gris parce que, s'absorbant plus rapidement, la friction doit être moins prolongée, la quantité de médicament employée moindre. Enfin il salit moins. J. B.

Ueber die Behandlung der Syphilis mit suboutanen Injectionen von Hydrargyrum formidatum (Liebreich) (Sur le traitement de la vérole par les injections sous-cutanées de formamide mercurique, par C. KOPP (*Viertel. f. Derm. u. Syph., p. 85 et 183*).

Ce travail est basé sur l'analyse de 125 observations complètes, résumées sous forme tabulaire et représentant une somme de plus de 3,000 injections. Tous les malades, sauf deux, étaient à la première ou à la seconde période de la syphilis, et le nombre des injections, de 25 en moyenne pour chacun d'eux, s'est élevé pour quelques-uns à plus de 40. Le lieu d'élection pour les piqûres était la région fessière. La douleur immédiate, moins forte qu'avec le sublimé à 1 0/0, est sensiblement de même intensité qu'avec les peptones mercuriques. La dose par injection était d'un centigramme de substance active. 41 nodules inflamma-

Digitized by Google

toires, 12 stomatites avec salivation et un seul abcès ont été observés.

Les conclusions qui se dégagent des observations de l'auteur sont, malgré cette innocuité relative, défavorables à la méthode, qui ne s'est montrée active que dans les formes légères de la vérole et n'a pas empêché les récidives sur 86 0/0 des malades traités. L'effet thérapeutique a été nul dans les cas de syphilis grave caractérisée par de volumineuses papules avec infiltration étendue. La cause de cette infériorité de la méthode de Liebreich tient, d'après l'auteur, à ce que le mercure administré sous cette forme est trop vite éliminé de l'économie pour neutraliser le virus. L'analyse de l'urine lui a montré en effet que chez nombre de malades le mercure apparaît dans l'urine dès le lendemain de la première injection, et que cinq semaines après la fin de la cure l'élimination est déjà terminée. Ajoutons enfin que ces réserves sont d'autant mieux justifiées, que dans les cas favorables, le traitement adjuvant local auquel étaient simultanément soumis les malades est entré pour une certaine part dans l'effet utile. En somme, la formamide mercurique ne vaut pas l'onguent mercuriel en frictions. Le liquide d'injection exposé à l'air se conserve mieux que la solution de peptone mercurique, mais moins bien que celle de cyanure d'hydrargyre. H. DANLOS.

Lokain als Anodynen bei Mercurialstomatitis, par M. BOCKHART (*Monatsh. f. prakt. Dermat.*, 1886).

La tuméfaction douloureuse des dents que provoque souvent la cure mercurielle gêne singulièrement l'alimentation en rendant la mastication difficile ou impossible. L'auteur a reconnu que des badigeonnages pratiqués quelques minutes avant les repas avec une solution de cocaïne permettent aux sujets atteints de cette stomatite de manger sans souffrance; le médicament doit être employé à la dose de 5 à 10 0/0 suivant l'intensité des lésions. H. H.

Sur l'évolution anatomique et le diagnostic du chancre mou, par F. BALZER (*C. R. de la Soc. de Biol.*, 27 *mars* 1886).

L'auteur indique un moyen pratique, d'une exécution facile, pour différencier le chancre mou de l'herpès et du chancre syphilitique; il consiste à examiner les produits de suppuration et de désintégration qui s'amassent à la surface des ulcérations. Si l'on examine le pus recueilli à la surface d'une vésicule d'herpès ulcérée, on ne trouve que quelques cellules épithéliales et des globules de pus. Il en est de même pour le chancre induré, qui ne dépasse que rarement le corps de Malpighi. Le chancre mou est, au contraire, une ulcération dermique ; on trouve des fibres élastiques dans le produit de l'ulcération. L'examen se fait de la manière suivante : à l'aide d'une petite curette de Volkmann, on recueille le pus amassé à la surface de l'ulcération et on le porte sur une lame de verre. On traite ensuite ce pus par la solution de potasse à 48 0/0 après avoir préalablement coloré par l'éosine à l'alcool pendant quelques instants. Ce procédé met en évidence les plus fines fibrilles élastiques contenues dans le pus. F. H.

Digitized by Google

The abortive treatment of bubo, par Philip F. HARVEY (*Med. News*, 23 *janvier* 1886).

L'auteur préconise, comme traitement abortif du bubon, une injection de 20 à 30 gouttes d'une solution de 8 grammes d'acide phénique pour 30 grammes d'eau après aspiration du pus, quand le bubon est déjà suppuré. Souvent une seule injection a suffi pour arrêter l'inflammation. Dix observations à l'appui de cette méthode. A. C.

Note sur deux cas d'urétrite sans gonococcus chez des rhumatisants, par Philibert RIEL (*Lyon méd.*, 14 *mars* 1886).

Riel publie deux faits d'urétrite survenue chez des rhumatisants, avec écoulement purulent, abondant, absolument identique en apparence à la blennorragie, dans lequel des examens minutieux répétés ne firent découvrir aucun gonococcus.

L'auteur n'admet cependant qu'avec réserve la nature essentiellement rhumatismale de cette urétrite; il se demande si elle ne serait pas due à quelque organisme qu'on n'a pu découvrir. La suppuration n'est pas une des manifestations ordinaires des complications rhumatismales. A. C.

Zur Behandlung des blennorrhagischen Hämaturie (Traitement de l'hématurie blennorragique, par M. HOROVITZ (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.*, *p.* 117, 1885).

Les chaudepisses avec hématurie s'observent dans un dixième des cas à peu près et se distinguent par leur ténacité et la fréquence insolite des complications inflammatoires (épididyme, vessie, prostate, etc.). L'hémorragie dont parle l'auteur est celle qui ne se produit qu'au moment des mictions et dont le siège est dans l'urètre postérieur. Peut-être dépend-elle d'une ulcération du canal; mais l'impossibilité d'employer l'endoscope n'a pas permis de s'en assurer. Le moyen par excellence pour arrêter le sang dans les cas rebelles, moyen qui vraisemblablement rendrait les mêmes services dans les hématuries par l'urètre antérieur, est l'emploi d'un cathéter de Nélaton placé à demeure. Il suffit généralement de le laisser en place 24 heures; le numéro 6 ou 7 est celui qui convient le plus souvent. L'instrument agit simplement par tamponnement. L'introduction seule en est un peu pénible, mais la douleur est moins vive qu'on ne supposerait à priori, circonstance qui s'explique peut-être par ce fait que les hémorragies dont il est ici question ne se font jamais avant la 3e semaine, c'est-à-dire à une époque où l'irritation du canal est déjà un peu moins vive. Aucun danger de cystite si l'on s'astreint aux règles de l'antisepsie. Le cathéter une fois en place n'est pas douloureux; en cas de cystite, on peut profiter de sa présence pour faire des lavages de la vessie. H. DANLOS.

Digitized by Google

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Ueber directe Vererbung von Geisteskrankheiten (Sur la transmission héréditaire directe de maladies mentales), par E. SIOLI (*Archiv für Psychiatrie und Nervenk., Band XVI, Heft* 1, *p.* 113, *Heft* 2, *p.* 353, *et Heft* 3, *p.* 599).

Après avoir passé en revue les principales opinions que les psychiatres (Morel, Esquirol, Legrand du Saulle, Junge, Schule) ont émises sur le mode de transmission des maladies mentales par voie d'hérédité, l'auteur fait connaître les recherches qu'il a entreprises pour élucider cette question. Il a relevé sur les registres de l'asile de Leubus les observations des pensionnaires dont des ascendants (père ou mère) avaient été précédemment internés dans cette même maison, pour cause de démence. Il a pu donner ainsi les observations de 20 familles qui ont compté des déments dans plusieurs générations, et il a mis en parallèle les troubles psychiques observés chez les ascendants et les descendants, sans négliger l'influence que les causes occasionnelles extérieures à l'individu ont pu exercer sur l'apparition du trouble mental.

Il nous est impossible de donner une analyse détaillée du mémoire de Sioli, qui ne comprend pas moins de cent vingt pages d'impression. La conclusion générale à laquelle s'est arrêtée l'auteur, après avoir exposé et analysé les résultats de son enquête, porte que dans la plupart des cas l'hérédité a engendré la maladie mentale et en a commandé la forme, que dans un petit nombre de cas seulement des circonstances extérieures ont provoqué l'explosion du désordre mental et ont exercé une influence réelle sur sa phénoménalité. Dans la statistique de Sioli, les rapports de fréquence de la mélancolie, de la manie et de la folie vulgaire sont sensiblement les mêmes que ceux qu'on trouve relevés dans les statistiques générales qui portent sur l'ensemble des pensionnaires d'un asile. Par contre les cas appartenant à des formes mixtes, atypiques, y figurent en proportions plus considérables. Suit un tableau dans lequel sont inscrits les renseignements obtenus concernant l'état de santé, les désordres psychiques, les maladies nerveuses chez les collatéraux et les descendants des malades compris dans les statistiques de Sioli. De ce tableau il ressort encore que l'influence de l'hérédité directe de la folie se manifeste principalement par la transmission d'une maladie mentale de même espèce des ascendants aux descendants.

E. RICKLIN.

Il tempo del processo psichico nell'estesiometria tattile negli alienati (Le temps du processus psychique dans l'esthésiométrie tactile chez les aliénés), par TAMBRONI et ALGERI (*Rivista sper. di fren. e di med. leg., fasc. IV,* 1886).

A l'exception du type paranoïque (folie systématisée), pour tous les autres types, les chiffres obtenus dans les expériences sont de beaucoup

Digitized by Google

supérieurs aux chiffres correspondants du type normal; en progression croissante se succèdent le type maniaque, le dément, l'épileptique et le mélancolique.

Ces expériences ont été faites suivant la méthode et avec l'instrumentation de Buccola légèrement modifiée. En mettant à part les trois derniers types pour lesquels les constatations ont montré constamment un affaiblissement dans l'énergie et la vivacité du processus de la perception, fait d'où l'on peut déduire un affaiblissement des appareils liés à cette faculté, l'auteur appelle l'attention sur les chiffres obtenus pour le type maniaque, auquel d'autres auteurs ont voulu attribuer une faculté de perception égale et peut-être supérieure à celle des individus sains.

Les chiffres montrent au contraire que dans cette forme d'excitation la perception est compromise chez les individus en état d'excitation; il y a amoindrissement du pouvoir d'inhibition, qui constitue l'élément fondamental de l'attention si éminemment nécessaire à la production de tout acte psychique.

En ce qui concerne le type paranoïque, tous les chiffres sont inférieurs à ceux du type sain, résultats qui démontrent que la perception n'est pas inférieure chez ces malades à celle des individus sains; elle peut même être supérieure.

Ce fait concorde nettement avec la conception que l'on se fait aujourd'hui de la paranoïe. En effet, d'après les vues actuelles, cette forme ne présenterait pas une véritable maladie dans le sens étroit du mot, comme la manie, la lypémanie, mais une simple forme dégénérative, une légère déviation du type normal, qui se manifeste seulement dans les fonctions les plus élevées et les plus compliquées de l'organisme psychique. On peut donc facilement comprendre comment chez les paranoïques la perception et l'aperception, qui représentent les premiers éléments, le seuil de l'intelligence, peuvent rester entièrement normales, contrairement à ce qui arrive dans les autres maladies mentales, dans lesquelles le processus morbide, en déterminant des altérations du cerveau, atteint non seulement les facultés les plus élevées, mais encore les fonctions les plus simples et les plus élémentaires. F. BALZER.

La reazione elettrica dell'acustico negli alienati (La réaction électrique du nerf acoustique chez les aliénés), par BUCCOLA (*Rivista sper. di fren. e di med. leg. Fasc.* 1, 1885).

Nous ne pouvons donner ici que les principaux résultats de ce dernier travail du regretté neuropathologiste italien. Il a employé pour ses expériences les deux méthodes ordinaires : 1° la méthode interne : introduction d'un pôle d'une batterie galvanique dans le conduit interne de l'oreille, l'autre pôle étant appliqué sur un point quelconque de la surface du corps; 2° la méthode externe; un des électrodes sur le pavillon de l'oreille, l'autre sur la nuque, l'apophyse mastoïde ou sur la main. Cette seconde méthode, moins douloureuse, est préférable.

Voici les plus importantes conclusions de son travail.

L'excitation électrique du nerf auditif chez les aliénés présente de très nombreuses anomalies, et les réactions normales, complètes ou non, sont rares.

On peut expérimenter sur deux catégories de malades : les aliénés

Digitized by Google

avec hallucinations auditives et les aliénés sans désordres dans les perceptions auditives.

Les principales et les plus nombreuses anomalies ont été observées chez les hallucinés avec délires systématisés primitifs ; chez ces malades il semble évident que l'appareil nerveux auditif est altéré dans ses fonctions. Le courant galvanique produit chez eux des effets qui ne s'observent pas quand le processus de la perception s'opère intégralement.

On peut en outre obtenir expérimentalement des hallucinations à l'aide de l'excitant électrique.

Non seulement l'appareil auditif réagit sous des excitations qui ne devraient pas provoquer des phénomènes auditifs, mais ces anomalies se manifestent quelquefois sous forme de perceptions pathologiques. Ce phénomène a été nettement observé chez les malades atteints de folie systématisée primitive. Ces faits viennent à l'appui de la conception pathologique des hallucinations telle qu'elle a été formulée par Tamburini, qui voit dans le phénomène de l'hallucination la forme pathologique du processus de perception et suppose un changement encore inconnu des bases physiques du mécanisme de la perception qui s'étend de l'organe sensoriel au centre cortical du cerveau.

Buccola a vu manquer la *réaction paradoxale* d'un seul côté chez deux aliénés artificiellement hallucinés et chez lequels cette réaction a revêtu la forme hallucinatoire.

Dans un autre cas l'hyperesthésie avec réaction paradoxale fut complète et constante dans l'oreille gauche, réaction que l'on observe chez les personnes affectées de maladies profondes et chroniques de l'organe de l'ouïe. Chez ces hallucinés, l'hyperesthésie prédomine; diverses autres anomalies sont encore signalées chez les aliénés systématiques.

Chez les aliénés paralytiques, l'excitation galvanique même faible produit un effet caractéristique, le vertige. On nota, au contraire, l'absolue inexcitabilité de l'appareil nerveux chez deux épileptiques ; mêmes résultats dans un cas de démence sénile. Grande hyperesthésie acoustique, au contraire, chez les alcooliques.

En somme, ce sont surtout les fous avec hallucinations qui présentent les phénomènes morbides les plus accusés aux excitations électriques.

F. BALZER.

Ueber Stoffwechsel-Untersuchungen bei abstinirenden Geistenkranken (Recherches sur la nutrition chez les aliénés qui refusent de manger), par TUCZEK (*Berlin. klin. Woch.*, *XXI*, *n*° 30, *p.* 473).

Au début de l'abstinence, en même temps que la quantité des urines diminue, leur densité augmente ; ensuite la densité de l'urine baisse dans la mesure de la diminution des éléments fixes.

Quand il y a jeûne absolu, sans ingestion d'eau, la quantité quotidienne moyenne des urines est de 150 à 200 centimètres cubes.

Chez deux aliénés au lit, dans la dernière semaine d'abstinence, la quantité quotidienne d'urée contenue dans l'urine était en moyenne de 9 grammes, ce qui correspond à une perte pour le corps de 125 grammes de tissu musculaire.

Dans la période d'abondante alimentation qui a suivi l'abstinence, l'éli-

Digitized by Google

mination de l'urée n'a augmenté que très graduellement jusqu'à atteindre la normale; cela tient à ce que le corps réparait ses pertes en albumine.

Durant le jeûne, l'élimination des acides sulfurique et phosphorique marche complètement parallèlement à celle de l'urée, c'est-à-dire à la destruction de l'albumine des organes.

L'élimination du chlore pendant l'abstinence se rapproche de zéro dans la dernière semaine, elle était de 0,2 par jour. Mais à partir du début de l'alimentation elle monte rapidement à la normale, sans suivre les autres courbes.

La diminution de poids du corps chez les aliénés qui refusent la nourriture doit être mise beaucoup plus sur le compte de la perte d'eau que sur celui de la perte d'albumine.

Tuczek n'a jamais trouvé ni albumine ni sucre dans l'urine des aliénés jeûneurs. Il n'y a rencontré d'indican que lorsqu'ils ingéraient de l'albumine, même en petite quantité.

L'acétone apparaît constamment dans les urines, à partir du 5e jour environ du jeûne. J. B.

La durata delle frenesi guaribili (La durée des maladies mentales guérissables), par RIVA (*Rivista sper. di fren. e di med. leg., fasc. IV*, 1886).

Ce travail est basé sur les relevés des maladies mentales (psychoneuroses et pellagre) guéries dans le manicome de Reggio de 1880 à 1885. Les formes dépressives durent le plus longtemps, et parmi elles la lypémanie simple est plus longue que la lypémanie avec agitation. Vient ensuite pour la durée la manie aiguë, puis la démence aiguë, la folie pellagreuse, et enfin l'exaltation maniaque, qui, à l'opposé de la lypémanie simple, représente la limite la plus faible de la durée des maladies mentales. F. BALZER.

I. — Le cardiopatie nei pazzi (Les cardiopathies chez les aliénés), par SALEMI PACE (*Broch., Palerme*, 1883).

II. — Contribution à l'étude de la pathologie du système circulatoire dans la folie, par T. DUNCAN GREENLEES (*Journ. of mental science, p.* 327, *octobre* 1885).

I. — Contrairement aux assertions de Griesinger, Leidesdorf, etc., les cardiopathies sont très fréquentes chez les aliénés. Dans l'espace de cinq ans, à l'asile de Palerme, l'auteur en a relevé environ 75 cas 0/0. Il croit que les maladies mentales ont une réelle influence sur le développement des affections cardiaques. L'hypertrophie, la myocardite avec stéatose, l'adipose du cœur, sont les altérations les plus communes. Les lésions du système nerveux provoquent des désordres fonctionnels d'abord, puis des altérations organiques. L'auteur se demande si l'atrophie et l'hypertrophie du muscle cardiaque ne dépendent pas des lésions du système nerveux, comme l'atrophie et l'hypertrophie musculaire périphérique dans certaines maladies, et s'il ne faut pas admettre des dystrophies cardiaques en relation avec les troubles de l'innervation.

F. BALZER.

II. — Les maladies du cœur et des vaisseaux jouent un rôle important en aliénation mentale. Voici en effet les résultats auxquels est arrivé l'auteur, après un examen détaillé de la question. Les maladies du cœur sont plus fréquentes chez les aliénés que chez les gens sains d'esprit.

Digitized by Google

Cette fréquence s'observe surtout dans les régions où la proportion des aliénés, comparativement au reste de la population, atteint son maximum. De même que pour les individus sains d'esprit, les maladies du cœur sont ici sous la dépendance de la situation géographique, des conditions d'existence et des autres causes qui agissent à titre de causes prédisposantes. Dans l'asile auquel il est attaché, l'auteur a observé que 12,94 0/0 de ses malades avaient des maladies du cœur, et que 13,51 0/0 des cas de mort étaient dus à ces mêmes affections. Dans les deux cas, c'est entre 60 et 70 ans qu'on observait le plus de ces maladies. Elles consistaient principalement en lésions mitrales et en hypertrophie, surtout dans la paralysie générale. Chez les aliénés, dans les cas chroniques ou avancés, il n'est pas rare de voir la circulation se ralentir et les extrémités devenir froides, livides ou même œdématiées. En effet, les troubles circulatoires et en particulier les troubles fonctionnels, indépendants de toute lésion organique, sont des plus fréquents en pathologie mentale. Ils causent sans aucun doute une prédisposition à la folie pour l'homme sain, et, chez l'aliéné, ils modifient la disposition d'esprit et imposent au délire une allure spéciale. Greenlees termine par l'exposé de ses recherches sur les altérations histologiques des artères, des veines et des capillaires du cerveau dans les différentes formes de folie. DESCOURTIS.

Ueber Geistesstörungen nach Kopfverletzungen (Sur les troubles psychiques consécutifs aux lésions traumatiques de la tête, par HARTMANN (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank, Band XV, Heft* 1, *p.* 98).

Au cas de troubles psychiques consécutifs à des lésions traumatiques de la tête, qui figurent dans les travaux bien connus de Schlager, de Krafft-Ebing et de Köppe, l'auteur en a réuni 58 autres, dont 33 empruntés à différentes sources et 25 inédits, communiqués par différents psychiatres. L'analyse de ces faits, dont le total s'élève à 138, lui a dicté un ensemble de conclusions dont voici la substance :

Les psychoses traumatiques ne constituent pas une forme nosologique bien définie. Néanmoins, leur évolution et leur mode de terminaison présentent un certain nombre de caractères communs. Les formes qu'on observe le plus habituellement sont celles qui se traduisent par de l'exaltation et les différents degrés de démence, simples ou combinés. Les psychoses traumatiques peuvent être primitives ou secondaires dans le premier cas, le trouble mental se relie aux symptômes immédiats de la commotion traumatique. Aux psychoses secondaires, qui éclatent plus ou moins longtemps après l'accident traumatique, se rattachent les troubles psychiques qui viennent se greffer sur l'épilepsie consécutive à une lésion traumatique de la tête, et les psychoses réflexes, qui ont leur point de départ dans une cicatrice, ou une autre lésion irritative s'exerçant sur des nerfs périphériques. Dans ce dernier cas, on observe presque toujours des phénomènes de l'ordre dépressif; dans le premier cas (psychose post-épileptique), ce sont surtout des phénomènes d'exaltation.

Le pronostic est relativement favorable, dans les cas de psychoses traumatiques primitives (6 cas de guérison, 5 cas d'amélioration, sur un ensemble de 15 cas), et dans les cas de psychoses réflexes (8 cas de guérison, 8 cas d'amélioration, sur un ensemble de 15 cas également).

Digitized by Google

Dans les autres formes, le pronostic est beaucoup moins favorable (sur un ensemble de 108 cas; amélioration 30 fois, mort 27 fois, pas d'amélioration ou terminaison par démence complète, 49 fois).

La nature et le siège du traumatisme sont sans influence sur les caractères de la psychose consécutive; cela s'explique quand on considère que le siège de la lésion cérébrale ne répond pas toujours au lieu d'application de la violence traumatique. Les symptômes d'une commotion cérébrale ne sont pas une condition préalable nécessaire au développement d'une psychose consécutive.

Les lésions traumatiques de la tête, avec ou sans lésions grossières des centres nerveux, laissent toujours à leur suite une sorte d'impotence cérébrale qui fait que, d'autres facteurs étiologiques intervenant dans la suite (prédisposition héréditaire ou acquise, alcolisme, etc.), une psychose se développera plus facilement. Ce danger est d'autant plus à craindre que le traumatisme a laissé à sa suite des lésions palpables des centres nerveux; à ce point de vue une tendance aux congestions cérébrales, une tolérance amoindrie pour les spiritueux, des céphalées périodiques limitées à certaines portions de la tête, une irritabilité anormale, la diminution des facultés intellectuelles, la persistance de paralysies ou de troubles sensoriaux, sont des signes d'une valeur pronostique considérable. L'épilepsie post-traumatique comporte également un pronostic sombre, quant à sa transformation éventuelle en psychose.

Le temps qui peut s'écouler entre le traumatisme et l'apparition des troubles psychiques oscille entre des limites très étendues (23 ans dans une observation de Krafft-Ebing).

Les psychoses d'origine traumatique n'ont pas de caractères anatomopathologiques fixes; l'absence de lésion palpable des centres nerveux constatée à l'autopsie ne suffit pas pour exclure toute idée de relation entre la psychose et le traumatisme antérieur.

Suit un tableau des résultats nécroscopiques constatés dans 28 cas de psychoses consécutives à des traumatismes de la tête. E. RICKLIN.

Hallucinations continues chez un imbécile, par A. PARIS (*Encéphale*, *n°* 6, *p.* 670, 1885).

On n'a guère noté d'hallucinations chez les imbéciles, soit qu'en réalité elles fassent défaut, soit qu'elles revêtent une physionomie assez terne pour n'avoir pas fixé l'attention. Le malade de Paris était franchement imbécile et pas autre chose. Il était presque totalement privé d'intelligence, et cependant il avait des hallucinations bien accusées. Le plus souvent, il croyait entendre une femme, Suzon, qui l'apostrophait et l'injuriait : il lui répondait, se disputait avec elle et lui rendait injure pour injure. Ces hallucinations étaient bilatérales, continues, mais beaucoup plus intenses lorsqu'il baissait la tête ou dans la seconde moitié de la nuit et le matin. Il n'était ni violent, ni dangereux. DESCOURTIS.

Hallucinations unilatérales, par W.-A. HAMMOND (*New York med. journ.*, 12 *décembre* 1885).

Divers auteurs ont rapporté des cas d'hallucinations unilatérales. Hammond en a réuni également plusieurs exemples personnels, ainsi que des illusions unilatérales, fait infiniment plus rare.

Digitized by Google

Un gentleman, d'une bonne santé générale, se figura que le tic tac d'une pendule faisait entendre des paroles articulées. D'abord il les entendit lorsqu'il était couché, mais peu à peu toutes les pendules lui produisirent le même effet, à n'importe quel moment. La voix n'était pas toujours la même, et le plus souvent les phrases variaient, mais en général elles étaient impératives : « Fais ceci, fais cela. » Cependant le patient ne s'en trouvait pas incommodé. Il y prêtait attention, et s'amusait même à provoquer d'autres phrases. Il ne voulut jamais les prendre pour des réalités, et pourtant il contracta l'habitude d'y avoir recours lorsqu'il voulait faire quoi que ce soit, et surtout lorsqu'il était hésitant. Il obéissait alors à l'ordre donné, et, pour avoir toujours une pendule à sa portée, il en fit placer dans toutes ses chambres. Dans ce cas, il s'agissait bien d'illusions, car en s'éloignant de la pendule il n'entendait plus les voix. En outre, il ne les entendait que de l'oreille droite, lorsque par exemple il se bouchait l'oreille gauche. Au contraire, si l'oreille droite était bouchée, les paroles ne se faisaient plus entendre. Notons que pour les bruits réels l'acuité auditive était la même des deux côtés.

Une jeune dame, d'esprit sain, mais de complexion délicate, ayant jeté les yeux sur un livre qui contenait des gravures de masques grecs et romains, en fut vivement impressionnée et vit ensuite apparaître à chaque instant toutes sortes de figures grimaçantes, mais seulement dans les endroits vivement éclairés. Telles visions ne se produisaient que pour l'œil gauche, telles autres que pour l'œil droit. Bien plus, si on renouvelait l'expérience de Brewster, en pressant sur le globe de l'œil de façon à amener un strabisme momentané, les figures semblaient doubles, mais seulement à la condition que le sujet les eut vues auparavant pendant plusieurs minutes. Quant au reste, la vue était de tous points normale et l'ophtalmoscope ne révéla aucune lésion.

Un jeune homme blessé à la tête, juste au-dessus de l'oreille gauche, aperçut, quelques semaines après son accident, un chat noir assis en face de lui. Il voulut s'en approcher, et fut fort étonné de voir qu'à mesure qu'il avançait la vision semblait s'éloigner et restait toujours à la même distance. Il aperçut ce chat très souvent, dans diverses circonstances, mais seulement de l'œil correspondant au côté de la blessure du crâne, et il était plus net, plus grand et plus rapproché, lorsque cette blessure provoquait des douleurs plus vives. D'ailleurs la vue était bonne, et l'ophtalmoscope ne fit rien constater d'anormal.

Une dame d'environ 50 ans, ayant reçu un grand nombre de lettres anonymes outrageantes, en conçut un vif chagrin, et appliqua toutes les ressources de son esprit à découvrir quel était le coupable. Un jour, étant au lit, elle crut voir un homme et une femme debout dans l'encadrement d'une fenêtre. Elle se leva, mais la vision s'évanouit. Plusieurs fois ensuite, pendant un mois, elle les aperçut, à différentes occasions, mais toujours elle voyait l'homme d'un œil et la femme de l'autre.

Il faut donc conclure de ces faits que les deux hémisphères ont des fonctions similaires mais indépendantes ; que leur action est généralement associée, mais qu'elle peut s'exercer indépendamment d'un côté et de l'autre, ou même d'une façon opposée. Quant à l'explication physiologique de ces troubles spéciaux, Hammond prétend qu'ils ne sont pas dus à des lésions des organes des sens, mais à une maladie ou à une perturbation fonctionnelle de l'organe central de la perception, probablement de la couche optique.

DESCOURTIS.

Digitized by Google

I. — Contribution à l'étude de la folie à deux (folie simultanée), par PORTAZ (*Thèse de Lille*, 1885).

II. — Note rectificative à propos de l'historique de la folie communiquée (folie à deux), par RÉGIS (*Annales méd. psych.*, 7e *série*, *t. II*, *p.* 42).

III. — Quelques exemples de folie communiquée, par BAILLARGER (*Ibidem*, *t. II*, *p.* 212).

I. — L'auteur met en présence la folie communiquée ou folie imposée de Lasègue et Falret, et la folie simultanée de Régis. Il ne prend parti ni pour celui-ci ni pour ceux-là, mais se range plutôt à l'opinion de Régis, lorsqu'il dit : « La folie à deux est un type morbide constitué par un délire identique s'observant en même temps chez deux sujets vivant dans un contact étroit et perpétuel. » Il cite différentes observations, dont deux inédites, discute les faits et termine en adoptant les conclusions de Régis, mais nie que l'on n'observe jamais que le délire de persécution dans la folie à deux : la mégalomanie pourrait y être primitive.

II. — Les premières observations de folie communiquée, ou folie à deux, ne remontent pas à Lasègue et J. Falret, ainsi que l'a dit Régis dans sa thèse et dans son manuel de médecine mentale, et ainsi qu'on le croit généralement. C'est en 1873 seulement que ces deux médecins s'en occupèrent, et, dès 1857, Baillarger avait soulevé la question. La *Gazette des hôpitaux* de 1860 contient un travail très démonstratif de Baillarger, ayant pour titre : Quelques exemples de folie communiquée.

III. — Reproduction de l'article auquel Régis a fait allusion. Baillarger cite plusieurs exemples de folie identique chez des membres de la même famille. Il explique que dans ces cas le délire n'a pas éclaté simultanément chez les deux malades, mais qu'il a été antérieur de plusieurs mois chez l'un des deux, et qu'il s'est ensuite peu à peu communiqué à l'autre.

G. DESCOURTIS.

Hématurie avec ecchymoses survenant spontanément dans le cours d'une agitation maniaque ; à l'autopsie, pachyméningite hémorragique étendue, par Geo. SAVAGE et Percy SMITH (*J. of ment. Sc.*, *p.* 501, 1886).

J..., 40 ans, sœur folle, pas d'hémophilie, habitudes sobres, bonne santé générale; n'a jamais eu d'hématurie. Dix jours avant son admission, il a éprouvé de la douleur à la partie postérieure de la tête et du cou. Il devint émotif et deprimé, mais cet état dégénéra vite en excitation avec délire incohérent. A son admission, il portait aux bras, aux avant-bras et à la région des côtes des apparences de meurtrissures, et le lendemain il évacua 227 grammes d'urine mélangée à une notable proportion de sang. Puis les taches devinrent plus larges et plus nombreuses. Une semaine plus tard, on constata qu'elles étaient placées symétriquement et dans des points tels qu'il était impossible de supposer une violence extérieure. Elles se produisaient la nuit et en quelques heures prenaient un aspect bronzé, comme dans la maladie d'Addison. Elles étaient très variables dans leur siège et dans leur forme, mais le tissu sous-cutané n'était nullement atteint. La nature de cette éruption, sa symétrie, la variabilité de son aspect, prouvaient également qu'il s'agissait là d'un trouble nerveux. — La situation physique et intellectuelle de ce malade s'aggrava ensuite de plus en plus ; agité, incohérent, ne mangeant pas, il n'eut pas cependant de paralysie bien nette, ni contractures, ni convulsions ; il souffrait seulement un peu de la tête. Mort au bout de trois

Digitized by Google

semaines.— A l'autopsie, on trouva des adhérences de la dure mère au crâne, et, correspondant à toute la convexité du cerveau, mais particulièrement du côté gauche, une mince membrane gélatineuse, englobant un caillot noirâtre. Le tout fut enlevé avec la calotte cranienne ; alors le cerveau apparut sain. La vessie et les reins étaient également normaux. Seulement le rein gauche était déplacé : il se trouvait derrière la vessie. — Ce fait tire son intérêt de l'extrême rareté de la pachyméningite hémorragique dans les cas aigus de folie. Reste à savoir si l'hémorragie a été la cause ou l'effet de la manie aiguë. On doit noter seulement que la majeure partie de l'épanchement ne semblait pas dater de plus d'une semaine. DESCOURTIS.

I. — Poids insolite du cerveau chez un paralytique général, par MAC DOWALL (*Journ. of ment. sc., p.* 498, *janvier* 1886).

II. — Un cas de paralysie générale à 17 ans, par E. RÉGIS (*Encéphale, p.* 578, 1885).

III. — Note sur la paralysie générale chez la femme ; de l'hystérie chez les femmes atteintes de paralysié générale, par Ph. REY (*Ann. méd. psych., p.* 421, *novembre* 1885).

IV. — Sur la prétendue fragilité des os chez les paralytiques généraux, par J. CHRISTIAN (*Ann. médico-psych., p.* 412, *novembre* 1885).

V. — Contribution à l'étude de la localisation anatomo-pathologique de la paralysie générale sans aliénation, par J. LUYS (*Encéphale, p.* 558, 1885).

VI. — Notes cliniques sur les hémorragies dans la paralysie générale, par GEO. SAVAGE (*Journ. of mental sc., p.* 504, *janvier* 1886).

VII. — General paralysis of the insane (Étude des réflexes dans la paralysie générale), par WILLIAM CRUMP BEATLEY (*Brain, p.* 65, *avril* 1885).

I. — Le malade, simple ouvrier, chez lequel on avait observé pendant la vie les signes les plus nets de la paralysie générale, avait déjà attiré l'attention par la grandeur et la forme de son crâne ; dolichocéphalie très marquée, conformation régulière. A l'autopsie, sans parler des lésions propres de la maladie, on constata que le cerveau, recouvert de l'arachnoïde, pesait 1,729 grammes. Les circonvolutions étaient atrophiées, les scissures et les ventricules élargis. La quantité de liquide qui s'écoula pendant l'extraction du cerveau fut en effet de 312 grammes. Si on en prend seulement la moitié comme correspondant à la partie du cerveau atrophiée par le fait de la maladie, on arrive au total de 1,885 grammes, qui est peut-être le poids du cerveau le plus considérable qu'on connaisse.

II. — Régis avait déjà cité un cas de paralysie générale (*R. S. M.*, XXV, p. 689) chez un sujet de 19 ans. Il en rapporte un second, très net, bien que l'autopsie ait fait défaut, survenu presque dans l'adolescence, à 17 ans. Pour tous les deux la syphilis a pu être invoquée comme cause prédisposante. Mais il faut reconnaître aussi avec l'auteur que la paralysie générale devenant une maladie de plus en plus fréquente, l'âge moyen des sujets atteints s'abaisse d'une façon parallèle. Il est donc probable que ces cas cesseront bientôt d'être exceptionnels.

III. — L'hystérie et la paralysie générale ne sont pas deux maladies antipathiques comme on l'a dit. L'observation démontre que la paralysie générale peut se développer chez des femmes douées d'un tempérament essentiellement nerveux et même chez des hystériques. Les faits de ce genre sont loin d'être exceptionnels. Il semble seulement que l'hystérie

Digitized by Google

s'atténue ou disparaisse même dans le cours de la paralysie générale. Malgré cela, la nature du délire peut quelquefois faire soupçonner l'existence antérieure ou actuelle d'accidents hystériques. Et d'ailleurs, au point de vue de l'âge, des antécédents héréditaires, des troubles intellectuels, des signes physiques, de la marche de l'affection paralytique et de sa durée, ces cas ne diffèrent pas notablement des cas ordinaires.

IV. — Il est généralement admis que les paralytiques généraux présentent une fragilité spéciale des os, les prédisposant aux fractures en général et aux fractures de côtes en particulier. Christian réagit contre cette tendance, examine de près les observations sur lesquelles on s'est appuyé, cite les résultats de son expérience personnelle, et montre qu'en 15 ans de pratique il n'a eu que quatre cas de fracture pour lesquels le traumatisme extérieur n'était pas douteux. Bien plus, il y a environ 250 paralytiques généraux qui sont passés dans ses salles depuis 1879, et aucun n'a présenté de fracture. On peut donc dire que la paralysie générale ne détermine par elle-même aucune fragilité des os et que l'ostéomalacie, quand elle existe, est un fait purement accidentel tenant à d'autres causes.

V. — La paralysie générale s'accompagne ou non de délire. Dans le premier cas on a affaire à la maladie bien connue et les lésions qui la produisent ont été décrites avec le soin le plus minutieux. Quant à la seconde forme, il est bien évident qu'elle relève de lésions identiques (prolifération conjonctive), mais le territoire cérébral envahi est tout différent. Luys rapporte deux observations de malades qui ont présenté tous les troubles physiques de la paralysie générale, sans les manifestations psychiques habituelles, et chez qui l'on n'a constaté la prolifération scléreuse qu'à la base de l'encéphale, dans les noyaux rouges de Stilling, dans la protubérance, le bulbe, les olives et surtout dans le cervelet, qui était petit et atrophié.

VI. — Il est fréquent dans la paralysie générale d'observer des lésions d'autres systèmes que le système nerveux. De tous, c'est le système vasculaire qui est le plus souvent frappé. C'est ainsi qu'on trouve une tendance à l'épaississement des parois artérielles, à la congestion capillaire, à la stase veineuse, etc., sans qu'on puisse incriminer d'une façon certaine la composition du sang ou le grand sympathique. Tout le monde connait l'hématome de l'oreille, qu'il suffit d'une influence minime pour provoquer. De même, rien qu'en tombant de sa hauteur le paralytique général verra se produire sur son corps des épanchements de sang volumineux, susceptibles de former des abcès qui évoluent rapidement. Une autre sorte d'hémorragie, moins connue, est l'hématurie dont l'auteur a rencontré trois exemples bien nets; hématurie survenant sans cause connue chez des paralytiques généraux arrivés à la dernière période de la maladie, coïncidant avec de l'œdème du prépuce et annonçant la mort à brève échéance. Dans un cas on ne trouva rien à l'autopsie ; dans un autre, il y avait épaississement des parois de la vessie, et, à sa face interne, on remarqua de gros vaisseaux dont la rupture avait sans doute produit l'hémorragie. Dans un dernier cas, un paralytique général tomba sur le bras gauche et un épanchement considérable se produisit. Au bout de quelques jours on vit apparaître à la partie interne des cuisses et à leur face externe, jusqu'à la malléole, une éruption consistant en taches de

Digitized by Google

l'aspect du purpura, disposées en bandes longitudinales, et qui disparurent au bout d'une semaine après avoir changé plusieurs fois d'aspect.

DESCOURTIS.

VII. — De l'examen des réflexes patellaires chez les paralytiques généraux, il ressort que ce symptôme est fort variable, suivant l'état de la moelle et les lésions que l'on y rencontre. Cette étude conduit ainsi à diagnostiquer, dans une certaine mesure, le degré d'envahissement des centres nerveux spinaux et permet d'établir certains rapprochements cliniques entre le tabes, la sclérose fasciculée latérale et la paralysie générale cérébro-spinale.

L'auteur classe ainsi les divers cas qui peuvent se rencontrer :

1er *type :* tabétique. Les réflexes rotuliens manquent et les lésions trouvées à l'autopsie intéressent les cordons postérieurs de la moelle.

2e *type :* paralytique accompagné de sclérose latérale de la moelle ; réflexes exagérés.

3e *type :* forme cérébrale plutôt que cérébro-spinale ; les cordons de la moelle sont intacts et les réflexes rotuliens sont ou normaux ou légèrement affaiblis. L'auteur a fait l'autopsie de 8 paralytiques généraux de cette dernière classe, chez lesquels les réflexes étaient normaux : aucun d'eux ne présentait de lésion spinale.

H. R.

Inversione del movimento pupillare in un individuo affetto da paralisi progressiva degli alienati (Inversion du mouvement pupillaire chez un individu affecté de paralysie générale), par RAGGI (*Annali universali di med., juillet* 1885).

L'auteur a observé ce phénomène chez un homme âgé de 45 ans, affecté de paralysie générale progressive. Il rappelle que, pendant le sommeil, contrairement à ce que l'on a cru pendant longtemps, les pupilles sont en état de myosis et que lorsqu'on vient à réveiller un sujet endormi, les pupilles se dilatent graduellement et ne viennent à leurs dimensions normales que lorsque l'activité psychique est complètement rétablie. Un phénomène semblable peut s'observer parfois dans la paralysie générale : il y a alors une inversion des mouvements pupillaires sous l'influence du stimulus lumineux. Il pense que ce phénomène dépend des centres nerveux qui président aux mouvements de l'iris et peut être est-il sous quelque influence psychique non encore déterminée.

F. BALZER.

I. — Ueber subnormale Temperaturen der Paralytiker (Des températures subnormales chez les paralytiques généraux), par E. HITZIG (*Berliner klinische Wochenschrift, XXI, n*° 34, *p.* 537).

II. — Zur Casuistik der niedrigsten subnormalen Körpertemperaturen (Exemples de températures les plus basses observées chez l'homme), par C. REINHARD (*Idem, p.* 540).

I. — De ses observations sur les aliénés, Hitzig conclut que les chutes excessives de la température du corps se rencontrent le plus communément dans la paralysie générale et dans les formes de folie qui s'en rapprochent, notamment dans les psychoses séniles.

Quand on les note dans d'autres formes, on trouve toujours quelque cause qui détermine un trouble général de la nutrition et entraîne en

Digitized by Google

même temps une augmentation de la déperdition du calorique. Ce dernier fait s'observe assez souvent aussi chez les paralytiques généraux et les aliénés par sénilité, mais alors il ne constitue pas la condition indispensable de l'abaissement thermométrique.

Contrairement à ce qu'avance Krömer (*R. S. M.*, XVII, 220), beaucoup d'attaques de paralytiques généraux ne s'accompagnent d'aucune élévation de température au moment des convulsions, et l'abaissement de la température avant les attaques n'est pas non plus la règle. Ce qui est le plus ordinaire, c'est de voir ces attaques produire une ascension sans abaissement préalable du thermomètre.

Dans les cas de paralysie générale où l'on rencontre des températures au-dessus de la normale, il s'agit : 1° tantôt de chutes prodigieuses du thermomètre, sans convulsions ou attaques paralytiques. Hitzig donne une observation où, pendant la dernière semaine de la vie, la température rectale oscilla entre 31°, 6 et 38°,2 et descendit à 30°,5 au moment de la mort ;

2° Tantôt de chutes thermométriques précédant l'attaque de quelques heures à quelques jours, et pendant l'attaque la température ne remonte pas jusqu'à la normale. Hitzig fournit la courbe thermométrique des 3 derniers jours de l'existence d'une aliénée paralytique âgée de 49 ans; la veille au soir avant l'attaque, la température rectale était de 37°,5; le lendemain matin, de 32°; l'attaque se produisit à 2 heures de l'après-midi et la femme succomba au milieu de convulsions répétées sans que le thermomètre fût remonté à 33° ;

3° Tantôt de chutes thermométriques précédant de plus ou moins longtemps une attaque devant laquelle la température, ou bien remonte, avec des oscillations, jusqu'à la normale, ou bien reste élevée jusqu'à la mort, ou bien enfin redescend.

Malgré son opinion déjà ancienne que ces températures anormales tiennent à la paralysie du centre régulateur de la chaleur animale, Hitzig convient qu'aujourd'hui encore on manque de matériaux suffisants pour émettre un avis définitif. Mais il faut remarquer que dans aucun cas on n'a pu les expliquer par des lésions anatomiques appréciables du système nerveux central. En revanche, il lui parait démontré que dans un certain nombre de cas l'affaiblissement du cœur, le ralentissement de la circulation, jouent un rôle principal. Baucoup d'observations indiquent un pouls petit, vide, ne battant plus que 40 à 50 fois par minute et l'autopsie des malades révélait que leur cœur était gros. Mais on peut objecter que dans bien des circonstances la diminution de l'énergie cardiaque est la conséquence et non la cause de refroidissement général.

L'hypothèse d'une déperdition primitive exagérée de calorique est une explication tout aussi peu satisfaisante, car elle ne s'applique pas aux faits dans lesquels on voit survenir des ascensions intercurrentes de la température.

II. — Reinhard rapporte les deux exemples de températures les plus basses qui aient été jusqu'ici signalées chez l'homme vivant. Il s'agit de deux paralytiques généraux, robustes mais émaciés, l'un syphilitique âgé de 36 ans, l'autre alcoolique âgé de 40 ans. Chez l'un et l'autre de ces malades, après plusieurs mois d'agitation maniaque continue, survint subitement un collapsus avec extrême lenteur de la respiration et abaissement de la

Digitized by Google

température rectale à 22°,6 chez le premier et à 22°,5 chez le second. Ces températures ont été prises à la fois par deux médecins et le thermomètre a été vérifié.

Le second malade mourut quatre heures et demie plus tard; quelques minutes après le décès, la température rectale était de 22°,1.

Le premier malade éprouva une amélioration passagère avec retour de la température à la normale. Mais il ne reprit pas connaissance et, après avoir eu des convulsions avec une température rectale de 39°,5, il succomba au bout de 48 heures à une pneumonie double. J. B.

Ein Fall von Ependymwucherung mit subependymaerer Sklerose im Bereich der Hirnwentrikel, etc. (Un cas de prolifération épendymaire avec sclérose sous-épendymaire au niveau des ventricules cérébraux, par FRIEDMANN (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr., Band XVI, Heft* 2, *p.* 289, 1885).

A l'autopsie d'un paralytique général, Friedmann a constaté les lésions suivantes : teinte grise du cordon postérieur ; à gauche, traces récentes et anciennes d'une pachyméningite hémorragique interne. Leptoméningite chronique. Atrophie du cerveau. Hydrocéphalie aiguë. Coloration grise et diminution de volume de la tête du noyau caudé, des deux côtés, mais surtout à gauche ; sclérose dans le territoire de la capsule interne, reconnaissable seulement au microscope. La description des lésions, en particulier des lésions épendymaires, est donnée avec un grand luxe de détails. Dans la discussion qui suit, l'auteur fait ressortir que ce cas fournit la preuve du développement d'une sclérose conjonctive exclusivement aux dépens d'éléments cellulaires, en même temps qu'il montre la propagation d'une prolifération conjonctive de l'épendyme au tissu cellulaire sous-jacent, en particulier aux ganglions centraux ; enfin, il insiste sur la consistance plus ou moins molle que présentait le tissu épendymaire, siège d'une prolifération de cellules en forme d'araignées, tandis que la prolifération conjonctive entraîne habituellement un accroissement de consistance.

L'auteur cherche ensuite à démontrer que dans le cas en question la néoformation de fibres conjonctives avec étouffement parallèle du tissu nerveux a eu son point de départ dans le réseau épendymaire des cellules multipolaires. Le processus a débuté par une inflammation chronique de l'épendyme, qui s'est étendue aux couches sous-jacentes. En même temps s'est développée une sclérose diffuse ayant eu pour point de départ les couches de tissu nerveux, avec gliomatose. E. RICKLIN.

Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse (Contributions à la pathologie et à l'anatomie pathologique de la paralysie générale, par ZACHER (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank., Band XV, Heft* 2, *p.* 359).

Zacher rappelle les tentatives qui ont été faites dans ces derniers temps pour rattacher certaines manifestations concomitantes de la paralysie générale à des lésions systématiques de la moelle.

Il publie trois observations semblables dont voici la relation très abrégée.

Obs. 1. — Homme de 30 ans, ouvrier dans une tuilerie, a eu une attaque apoplectiforme vers la fin de l'année 1878. Les attaques se sont renouvelées dans la suite. Peu de temps après la première le malade a été frappé de démence : délire des grandeurs; embarras de la parole très prononcé. Pendant

Digitized by Google

les attaques apoplectiformes, la paralysie prédominait dans le côté droit. Plus tard, maladresse dans les mouvements. Tremblement des doigts. Lourdeur et raideur de la marche. Diminution de la force musculaire, telle que le malade ne peut plus se tenir debout. Exagération des réflexes tendineux, spasmes et rigidité musculaires. Contractures dans les quatre membres. Pas de troubles de la sensibilité; pas de troubles du côté de la vessie et du rectum, pas d'atrophie. Décubitus. Diarrhée. Mort après quatre ans de maladie.

Autopsie. Pachyméningite hémorragique récente, d'intensité moyenne; état trouble de la pie-mère. Atrophie et sclérose très marquées de tout le cerveau. A l'œil nu, la moelle paraît diminuée de volume, sans lésions apparentes. A l'examen microscopique, on découvre une dégénérescence des faisceaux pyramidaux latéraux de chaque côté et du faisceau pyramidal antérieur à droite.

Obs. 2. — Homme de 31 ans : santé parfaite jusqu'au mois de janvier 1881. A cette époque, deux attaques apoplectiformes. Au mois de février, douleurs dans la tête et dans tous les membres; incertitude de la démarche; embarras de la parole. Insomnie. Pendant quelque temps, ces symptômes s'atténuent. Au commencement de juin, somnolence, apathie, perte de la mémoire; l'embarras de la parole s'accentue. Le malade entre à l'hôpital le 14 juillet; la démence fait des progrès rapides; délire des grandeurs; embarras de la parole de plus en plus prononcé; inégalité de dilatation des pupilles; pouls très irrégulier; grande maladresse dans les membres. Léger tremblement des mains. Attaques apoplectiformes avec phénomènes de paralysie à droite et dysphagie. A la suite d'une violente attaque, qui eut pour conséquence des phénomènes de paralysie motrice à gauche, de la contracture à droite, le tableau clinique se modifie : exagération des réflexes tendineux, avec diminution de la force musculaire dans les membres, raideur des muscles avec contracture des fléchisseurs. Tremblement et augmentation de l'excitabilité des muscles, surtout à droite. Ces phénomènes spasmodiques présentent une intensité variable d'un moment à l'autre. A part cela, pas de troubles de la sensibilité et des sphincters, pas d'atrophie. Ulcération de décubitus. Mort. — A l'autopsie : état trouble et œdème de la pie-mère, qui a contracté des adhérences étendues avec la couche corticale sous-jacente. Atrophie considérable et sclérose de tout le cerveau. Moelle amincie, sans altérations appréciables à l'œil nu. L'examen microscopique dévoile une dégénérescence des deux faisceaux pyramidaux latéraux.

Obs. 3. — Homme de 38 ans, secrétaire de mairie. Bonne santé jusqu'en 1880. A partir de cette époque, céphalalgie. Plus tard, affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire. Dans le cours des mois d'avril et de septembre 1881, attaques apoplectiformes qui laissent à leur suite de l'embarras de la parole et de la surexcitation revenant par accès. Entre à l'hôpital au mois de janvier 1881. Démence à progrès rapides. L'embarras de la parole augmente. Le malade tremble quand il exécute avec les mains des mouvements d'une certaine délicatesse. Démarche raide, comme si les muscles étaient de bois. Exagération des réflexes tendineux. Plus tard, attaques de paralysie, variables quant à leur phénoménalité. Les contractions musculaires sont empreintes d'un cachet de raideur tétanique. Puis surviennent des crampes et des spasmes musculaires. Raideur des adducteurs, des pectoraux, des muscles de la nuque. Contracture des fléchisseurs des quatre membres, plus prononcée à droite. Tremblement convulsif marqué surtout au moment des mouvements volontaires. Légère exagération de l'excitabilité mécanique des muscles aux membres supérieurs; phénomènes de l'épilepsie spinale aux membres inférieurs. Pas de troubles appréciables de la sensibilité; fonctions des sphincters normales. Ulcération de décubitus. Mort.

Digitized by Google

Autopsie. État trouble et adhérences très étendues de la pie-mère. Atrophie considérable et sclérose du cerveau. Épaississement de la pie-mère spinale. Le cordon latéral, à droite, présente une teinte d'un gris rougeâtre. A l'examen microscopique on constate une sclérose diffuse des cordons latéraux, qui en certains points se dessine davantage sous forme d'îlots.

Viennent ensuite deux observations de paralysie générale avec altération simultanée des cordons postérieurs et des cordons latéraux; le tableau clinique se trouve modifié par le mélange des symptômes afférents à ces deux localisations de la dégénérescence spinale.

L'auteur a résumé dans les conclusions suivantes les réflexions que lui a suggérées l'analyse de ces faits cliniques :

1° Le complexus symptomatique de la paralysie spinale spasmodique peut s'observer dans le cours de la paralysie générale soit par le seul fait des altérations cérébrales (zone motrice de l'écorce), soit par le fait d'une lésion spinale concomitante qui intéresse les faisceaux pyramidaux ;

2° L'évolution particulière des symptômes spasmodiques qu'on observe habituellement dans les cas de paralysie générale est telle qu'il y a tout lieu de rapporter ces symptômes à une lésion de l'écorce cérébrale;

3° Quand il existe concomitamment une lésion des faisceaux postérieurs et en particulier de la zone radiculaire, il peut arriver que les symptômes spasmodiques fassent défaut dans les parties du corps innervées par cette portion de la moelle;

4° Les symptômes spasmodiques sont vraisemblablement l'expression de certains réflexes qui subissent une exagération de par le fait de la lésion cérébrale ou d'une lésion des cordons conducteurs contenus dans les faisceaux pyramidaux et qui interviennent dans la production de ces réflexes. E. RICKLIN.

Du poids comparé du cerveau et du cervelet dans la démence paralytique, par BAILLARGER (*Ann. méd. psych., p.* 16, *janvier* 1886).

Conformément à ce qu'il avait avancé dès 1859, Baillarger cite de nombreuses observations qui lui permettent d'affirmer avec encore plus d'autorité que : 1° la sclérose interstitielle diffuse du cerveau dans la paralysie générale, quand elle parcourt toutes ses périodes, a pour dernier terme, comme toutes les scléroses, l'atrophie de l'organe; les hémisphères cérébraux diminuent de volume et perdent souvent plus d'un quart de leur poids; 2° le cervelet, au contraire, conserve son volume, et perd à peine quelques grammes de son poids. DESCOURTIS.

Contribution à l'étude des réflexes dans la paralysie générale des aliénés, par RODRIGUES BETTENCOURT (*Thèse de Paris*, 1886).

Les auteurs sont d'avis très différents sur ce point spécial. Bettencourt a fait porter ses recherches sur 59 malades atteints de différentes formes de paralysie générale. Il a éliminé seulement les formes dites spinales et les formes cérébro-spinales, dans lesquelles moelle et cerveau sont simultanément atteints. Il en a conclu qu'au début de la maladie on trouve le plus souvent l'exagération des réflexes tendineux et particulièrement des réflexes rotuliens, avec perte ou diminution des réflexes plantaires. Il y aurait là un bon élément de diagnostic. DESCOURTIS.

Digitized by Google

Zur Lehre vom epileptischen Irresein (Sur la folie épileptique), par F. FISCHER (*Archiv für Psychiatrie und Nervenk., Band XV, Heft* 3, *p.* 741).

Fischer commence par s'élever contre la manière de voir, défendue par Sam, qui veut qu'on oppose la folie épileptique des femmes, comme une forme hystéro-épileptique, à la folie épileptique de l'homme. Fischer relate dans son travail deux observations qui démontrent que la folie épileptique peut se développer chez la femme sans corrélation aucune avec l'hystérie. Pour lui, l'hystérie est une maladie bien délimitée, qui peut se combiner de façons très diverses avec l'épilepsie. Il est souvent très difficile de faire les parts respectives de l'hystérie et de l'épilepsie, dans les formes mixtes qui résultent de leur association, et, pour y arriver, il importe de faire une analyse minutieuse des éléments constitutifs des cas types qui se rapportent à l'épilepsie pure ou à l'hystérie sans mélange. C'est précisément ce que l'auteur a la prétention de faire dans son travail. Il rappelle d'autre part que, suivant la remarque de Pick, les épileptiques présentent certaines lacunes des facultés psychiques, qui impliquent un caractère de dégénérescence et se manifestent sous les dehors de ce qu'on appelle le *moral insanity*. Ces défauts de caractère portent l'épileptique homme à des violences souvent criminelles et à des bizarreries diverses. Chez l'épileptique femme, les actes désordonnés qui découlent de ce trouble des facultés affectives sont empreints, d'après Fischer, d'un caractère de raffinement qui n'existe pas chez l'homme; de plus, ils touchent davantage à la sphère génitale.

Les deux observations relatées par l'auteur présentent comme particularités intéressantes à noter : le long intervalle de temps qui s'est écoulé entre l'apparition des premières attaques convulsives et le développement de la folie postépileptique; le défaut de concordance entre les époques menstruelles et les attaques; l'action du bromure de potassium, qui a été nulle chez une malade, et qui a consisté dans une simple atténuation des attaques chez l'autre; la longue durée des phases de la folie postépileptique; l'abolition plus ou moins complète de la conscience pendant ces phases, à propos de quoi l'auteur déclare qu'il n'est nullement convaincu que la folie postépileptique puisse survenir chez des individus qui ont conscience de leurs actes désordonnés; enfin, chez l'une des malades, les idées délirantes qui naissaient pendant la phase de folie postépileptique étaient en rapport avec un rétrécissement concentrique du champ visuel, sujet sur lequel l'auteur se propose de revenir dans un travail ultérieur. E. RICKLIN.

Ein Fall von Porencephalie mit Idiotie und angeborner spastischer Gliederstarre (Un cas de porencéphalie avec idiotie et rigidité spasmodique congénitale des membres), par OTTO (*Archiv für Psychiatrie und Nervenk., Band XV, Heft* 1, *p.* 215).

L'observation d'Otto concerne un garçon affecté d'idiotie congénitale, qui succomba à l'âge de 15 ans. Quelque temps avant sa mort on avait déterminé le poids corporel (9 kilogrammes 1/4) et mesuré les principales dimensions du corps : hauteur, 82 centimètres; pourtour du crâne, 41 centimètres; pas d'asymétrie. Muscles bien développés, sauf la tête; les autres parties du corps, bien proportionnées, présentaient les dimensions que l'on trouve

Digitized by Google

chez un enfant de 10 mois. Ce jeune idiot vivait dans une apathie profonde, ne reconnaissant personne, ne manifestant aucun désir; on était obligé de le nourrir. De temps à autre, il poussait des cris inintelligents; il était d'une grande malpropreté. Les moindres attouchements de la peau étaient bien sentis; mais les mouvements réflexes consécutifs ne survenaient qu'avec une grande lenteur. Le phénomène du genou était très accentué. Enfin, particularité des plus curieuses, les mouvements actifs développaient dans les membres une rigidité musculaire très marquée, et quand on soulevait le patient sur le plat de la main, il conservait son attitude première, comme une masse inerte, par suite de cette même rigidité musculaire. Les mouvements passifs imprimés aux membres ne se heurtaient qu'à une résistance très minime.

Autopsie. — Le cerveau, y compris les liquides, pesait 470 grammes (hémisphère droit 130 grammes et hémisphère gauche 180 grammes). La moelle examinée à l'œil nu et au microscope ne présentait pas d'anomalie. De même, le cervelet et la moelle allongée avaient leur aspect normal à l'œil nu. Par contre, les deux hémisphères du cerveau sont le siège d'une atrophie considérable; en certains points, les circonvolutions sont bien développées; en d'autres points, elles manquent totalement. Le sillon central mesure 2 centimètres à droite et 3 centimètres à gauche. De chaque côté, on constate une solution de continuité profonde en forme de croissant, à concavité tournée en avant, partant du lobe temporal pour remonter entre les lobes pariétal et occipital, pour gagner les ventricules, de telle sorte que les cornes postérieures ont fait en totalité les frais de cette perte de substance. Une troisième solution de continuité se rencontre sur l'hémisphère gauche, entre la circonvolution centrale antérieure et les circonvolutions frontales. A droite, l'insula était complètement dégagée; à gauche, elle était légèrement recouverte par les circonvolutions frontales.

L'auteur fait remonter l'époque de cette anomalie de développement du cerveau au deuxième mois de la vie intra-utérine. Il n'existait pas d'antécédent névropathique, mais la mère de l'enfant avait été, pendant sa grossesse, sous le coup d'une anémie profonde, par suite d'alimentation insuffisante; à ce propos, Otto rappelle que Kundrat a rattaché la formation des solutions de continuité de l'encéphale à une nécrose par ischémie. Enfin, il a mis la rigidité spasmodique constatée dans ce cas en parallèle avec le trouble de la motilité qui est propre à la maladie de Thomsen, parallèle que Westphal a trouvé forcé (Société de psychiatrie de Berlin). E. RICKLIN.

Ueber die Stœrung der Schriftsprache bei Halbidioten und ihre Aehntlichkeit mit dem Stammeln (Sur le trouble de l'écriture chez les sujets demi-idiots et sur son analogie avec le balbutiement), par BERKHAN (*Archiv für Psychiatrie und Nervenk., Band XVI, Heft* 1, *p.* 78).

Berkhan a examiné l'écriture de 44 petites filles affectées d'une idiotie partielle, et il a constaté que chez 20 d'entre elles l'écriture se rapportait à un même type : tantôt, quand le trouble de l'écriture était peu dessiné, l'une ou l'autre lettre d'un mot était oubliée et remplacée par une autre lettre; tantôt les mots étaient défigurés davantage et en plus grand nombre, de telle sorte qu'on ne pouvait déchiffrer que les mots qui sont d'un emploi fréquent (articles, pronoms, verbe être, etc.).

L'auteur établit un parallèle entre ce trouble de l'écriture et le trouble du langage qui constitue le balbutiement : dans les deux cas les signes du langage sont défigurés de la même façon. E. RICKLIN.

Digitized by Google

Note sur un cas de sommeil d'une durée de 3 mois, par CAMUSET et PLANÈS (*Annales méd. psych., p.* 23, *janvier* 1886).

Un aliéné chronique, 33 ans, à antécédents inconnus, généralement un peu excité et tourmenté par des idées vagues de persécution avec hallucination de l'ouïe et troubles de la sensibilité générale, commença d'abord par se plaindre d'avoir toujours sommeil, s'endormant souvent dans la cour, dans les salles, à table même; puis sa somnolence devint continuelle et on fut obligé de le laisser au lit. Il y resta trois mois, et son sommeil conserva toutes les apparences du sommeil normal. On put l'alimenter sans recourir à la sonde. Il n'oublia pas d'exonérer sa vessie et son rectum chaque fois qu'il y avait nécessité. La sensibilité générale était émoussée, non anéantie; les réflexes rotuliens étaient conservés; différents réflexes étaient même exagérés. Les sensibitités spéciales (vue, ouïe, goût) ont paru anéanties. Tous les moyens, internes et externes, employés pour le faire sortir de cet état furent infructueux. Il se réveilla de lui-même, peu à peu, comme il s'était endormi. Il fut impossible de savoir s'il avait eu des rêves.

DESCOURTIS.

Contributo allo studio medico legale della dipsomania e dell'alcoolismo, par TAMBURINI (*Rivista sper. di fren. e di med. leg., fasc. I, II, III,* 1885).

Il résulte de cette importante étude que la dipsomanie et l'alcoolisme constituent deux maladies essentiellement distinctes, mais ayant beaucoup de points de contact, pouvant même se confondre dans certaines périodes sur l'influence des abus alcooliques. L'action de l'alcool dans l'accès dipsomaniaque peut agir de trois manière différentes en ce qui concerne les altérations intellectuelles : 1° en produisant la perversion morale, le malade semble affecté de folie morale; 2° délire alcoolique semblable au délire aigu alcoolique; 3° ivresse profonde comateuse, semblable à l'ivresse des alcooliques ordinaires. La dipsomanie diffère de l'alcoolisme en ce qu'elle est essentiellement héréditaire. L'alcoolisme aigu ou chronique peut être l'effet de la dipsomanie quand les accès se répètent fréquemment, l'abus de l'alcool produit alors chez le dipsomane les mêmes effets dégénératifs que chez l'alcoolique ordinaire. Au point de vue médico-légal, l'état mental du malade au moment où il commet l'acte criminel peut être parfaitement identique dans les deux cas : il peut y avoir hallucination, délire de persécution, panophobie, etc... Le diagnostic ne peut alors être fait que par l'examen de l'état somatique et surtout par la recherche minutieuse des annamnestiques. F. BALZER.

I. — **De l'éthéromanie, par E. BELUZE** (*Thèse de Paris,* 1885).

II. — *Idem,* **par GRASSET** (*Semaine médic.,* 1885).

I-II. — A côté de la morphine, qui est incontestablement le poison favori du jour, l'éther occupe une place importante. Cette place serait même plus considérable, si l'usage de l'éther était plus facile à dissimuler et s'il était aussi commode de le prendre en injections sous-cutanées que la morphine. Quoi qu'il en soit, l'éthéromanie existe. Ceux-ci l'avalent en nature. Ceux-là, comme les paysans irlandais, l'absorbent associé à l'alcool ou à divers composés empyreumatiques. D'autres enfin l'emploient en inhalations. Lorsqu'il est introduit dans le tube digestif, il agit directement sur les muqueuses au contact desquelles il se trouve,

Digitized by Google

et en provoque l'excitation avec suractivité physiologique. Il arrive lentement au cerveau et finit par produire l'anesthésie générale. Au contraire, quand il est pris en inhalations, il est amené directement et en totalité au contact des cellules nerveuses : il agit alors d'une façon plus rapide et plus énergique. — En tout cas, l'éther détermine d'abord de la surexcitation simple, se traduisant par une gaieté plus ou moins bruyante; puis une agitation motrice parfois violente; enfin le sommeil avec résolution, le coma et même la mort. Mais ces effets varient à l'infini selon les sujets, selon le mode d'absorption, et jamais ils ne sont aussi tranchés que dans l'ivresse alcoolique. De même, l'action de l'éther s'épuise plus vite que celle de l'alcool, et la déchéance physique et intellectuelle est moins fatale que dans le cas d'abus d'alcool ou d'opium. L'éthéromanie constitue malgré tout une passion funeste, dont il est difficile de guérir les sujets qui s'y adonnent soit pour calmer leurs souffrances, soit, le plus souvent, pour provoquer de l'excitation cérébrale, pour développer leur imagination, pour se procurer un délire gai ou même des hallucinations voluptueuses. DESCOURTIS.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

I. — **Ueber den Werth der Kochsalzinfusion und Bluttransfusion... (Valeur des transfusions d'eau salée et de sang; recherches sur la transfusion d'autres liquides dans l'anémie aiguë)**, par **SCHRAMM** (*Wien. med. Jahrb.*, *p.* 489, 1885).

II. — **Zwei Fälle von schwerer Anämie geheilt durch subcutane Blutinjectionen (Deux cas d'anémie grave guéris par les injections sous-cutanées de sang)**, par **SILBERMANN** (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 26, 1885).

I. — L'auteur compare les résultats obtenus par lui chez le chien et chez l'homme.

Le chien résiste très bien aux grandes hémorragies; il peut perdre les 2/3 de sa masse sanguine et survivre sans l'usage d'aucun artifice. La transfusion d'eau salée agit en excitant le cœur et en élevant la pression sanguine : c'est un remède inoffensif mais dont l'influence se prolonge peu et qui, par conséquent, ne peut sauver l'animal dans un cas d'hémorragie mortelle.

Le sang défibriné, emprunté à un animal du même nom, excite mieux la fibre cardiaque que ne fait l'eau salée, puisqu'il agit encore à une période où l'eau salée reste inefficace. Il est susceptible de sauver l'animal d'une mort certaine, à la suite d'hémorragies funestes. Injecté avec prudence, il est très bien supporté et ne cause aucun accident secondaire.

Les autres liquides albumineux employés par l'auteur n'ont aucun avantage sur l'eau salée.

Digitized by Google

Il faut donc donner la préférence, pour le chien, au sang de chien défibriné.

Pour l'homme, les données sont moins simples. D'abord, il est difficile de déterminer la quantité de sang que l'homme peut perdre sans succomber. On ne peut presque jamais savoir exactement si les symptômes consécutifs à l'hémorragie sont le résultat de l'affaiblissement du cœur et de la diminution de la pression sanguine ou bien absolument du défaut de sang.

Ensuite la transfusion de sang défibriné, emprunté même à un homme sain, n'est pas toujours sans danger; elle peut causer la mort immédiate. Il faut donc la réserver pour les cas extrêmes et pratiquer les excitations cutanées, les injections d'éther, l'administration des toniques et même la transfusion d'eau salée avant d'y avoir recours. L. GALLIARD.

II.— L'auteur a employé deux fois avec succès le procédé de Ziemssen : injection de sang humain défibriné dans le tissu cellulaire sous-cutané.

1° Garçon de 8 ans, ayant eu la rougeole, puis une coqueluche prolongée, très anémique, souffrant de palpitations, de lipothymies, de vomissements. Les préparations martiales ne l'ont pas amélioré. Le 1er mars on lui injecte sous la peau de chaque cuisse 20 grammes de sang défibriné, tiède, emprunté à son frère, un garçon de 20 ans bien portant. Pas d'incidents, pas de fièvre; l'enfant se trouve bien le soir. Pas de sang dans l'urine.

10 mars : après l'injection, le facies du malade s'est notablement coloré; l'état général a été meilleur, les lipothymies, si fréquentes auparavant, ont cessé. Il en est survenu une cependant le 9 mars, et cet accident décide l'auteur à renouveler sa tentative : injection de 40 grammes sous la peau des cuisses. A partir de ce moment tous les phénomènes graves disparaissent. L'anémie qui résistait depuis un an à tous les traitements guérit complètement ; l'enfant quitte l'hôpital. Il se présente encore à l'auteur le 20 mai sans aucune trace de sa grave maladie.

2° Fille de 11 ans, opérée d'un polype du rectum au mois de janvier. Elle a perdu avant l'opération une quantité considérable de sang. Le 2 février, l'auteur constate chez elle une anémie extrême; le fer est employé d'abord sans succès.

26 février. On injecte sous la peau de chaque cuisse 25 grammes de sang défibriné fourni par la mère de l'enfant. Pas de fièvre. Amélioration rapide; les téguments se colorent; tous les signes de l'anémie jusqu'aux souffles cardiaques disparaissent, l'appétit augmente. Dès le milieu de mars, la guérison peut être considérée comme complète. Au mois de juin l'enfant pèse 23 kilogrammes, tandis qu'elle pesait 20 kilogrammes avant l'opération.

L. GALLIARD.

I. — Contribution à l'étude de la régénération des nerfs périphériques, par MARCIGUEY (*Thèse de Paris*, 1885).

II. — De la suture des nerfs à distance, par ASSAKY (*Thèse de Paris*, 1886).

III. — Secundary nerve suture, par MARKOE (*New York med. journ.*, *p.* 295, 1885).

IV. — Nerventransplantation, par ALBERT (*Wiener med. Presse*, *n°* 41, 1885).

V. — Ueber die operative Behandlung von Substanzverlusten an peripheren Nerven (Traitement des plaies des nerfs avec perte de substance), par H. TILLMANNS (*Arch. f. klin. Chir.*, *XXXI*, *p.* 922).

VI. — Neurektomien, par ALBERT (*Wiener med. Presse*, *n°* 39, 1885).

Digitized by Google

VII. — Ueber einen Fall von Resection des Trijeminus (Résection de la 2e et de la 3e branche du trijumeau), par KROENLEIN (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte. XIV, n° 12*).

VIII. — Die Neurome, par COURVOISIER (*In-8°, Bâle,* 1886).

IX. — Névrome plexiforme, par ARNOZAN (*Journ. de méd. de Bordeaux,* 20 *septembre* 1885).

X. — On a case of removal of tumour... (Ablation d'une tumeur entre les racines de la dernière paire des nerfs cervicaux et la première dorsale), par Mitchell BRUCE et Edw. BELLAMY (*Brit. med. journ., p.* 113, *janvier* 1886).

XI. — Sarcome du nerf sciatique, par W. B. LITTLE (*Boston med. and surg. journ.,* 3 *décembre* 1885).

I. — Séparés de leur centre trophique, c'est-à-dire des ganglions des racines postérieures, les nerfs rachidiens subissent une dégénération caractérisée par la fragmentation de la myéline et la prolifération des éléments protoplasmiques du cordon nerveux avec disparition graduelle du cylindre-axe.

La seule modification du bout central est la formation de son bourgeon terminal. Les cylindres-axes de ses tubes nerveux sont le point de départ de la régénération ; ils s'hypertrophient et donnent naissance par segmentation longitudinale à de nouveaux tubes nerveux qui plus tard s'entourent de myéline. Ces fibres nerveuses nouvelles se prolongent à travers le segment cicatriciel jusqu'au segment périphérique et y pénètrent soit dans les anciennes gaines de Schwann, soit entre ces gaines. Les tubes nerveux dégénérés sont à jamais perdus et le rétablissement des fonctions du nerf tient à ces fibres de nouvelle formation parties du bout central et se continuant, au milieu des éléments du bout périphérique qui leur servent de conducteurs, jusqu'aux dernières ramifications du nerf. La régénération durera donc un temps variable, des mois ou des années, suivant la hauteur à laquelle a eu lieu la section nerveuse.

Telle est, dans ses points essentiels, la théorie de la régénération nerveuse, établie en grande partie par Ranvier, et dont la réalité est aujourd'hui à peu près acceptée, non sans contestation, comme le démontrent les matériaux anatomiques, expérimentaux et cliniques réunis par Marciguey dans son intéressant travail.

Mais la dégénération du bout périphérique est-elle fatale et peut-on obtenir, dans des conditions favorables, la réunion immédiate du nerf, c'est-à-dire le rétablissement rapide de sa continuité anatomique et physiologique par une substance nerveuse unissant les fibres du bout central aux anciennes fibres, restées vivantes, du bout périphérique ? Marciguey admet la réalité de la réunion immédiate des nerfs en s'appuyant sur des expériences physiologiques et des faits cliniques. Nous ne pouvons nous ranger à son avis et comprendre, en particulier, comment on peut parler de réunion immédiate dans un cas comme celui de Tillaux (Voy. *R. S. M.,* XXVI, 680).

Les faits de ce genre serviraient plutôt d'argument à ceux qui nient toute relation entre le rétablissement de la fonction et celui de la continuité du cordon nerveux.

En tout cas, le plus souvent la dégénération a lieu et la guérison ne

Digitized by Google

peut se produire que par le rétablissement lent de la continuité anatomique et physiologique du nerf par régénération périphérique. Cette dernière est favorisée par l'absence de suppuration de la plaie et le rapprochement des bouts du nerf, sans qu'un écartement même de plusieurs centimètres constitue toujours un obstacle absolu. Le temps nécessaire à cette régénération ne peut pas être précisé, d'une manière générale elle s'effectue avec une grande lenteur et exige plusieurs mois. La hauteur du point de section, c'est-à-dire la longueur du bout périphérique, semble exercer une grande influence sur la facilité de la régénération et plus encore sur la durée de la période intermédiaire entre le traumatisme et le retour de la fonction nerveuse. La régénération d'un nerf s'annonce par le rétablissement lent et progressif de ses fonctions.

La suture nerveuse secondaire favorise la régénération en diminuant l'écartement des bouts, elle est indiquée dans toutes les sections nerveuses et n'expose le malade à aucun accident si l'on a soin de prendre toutes les précautions antiseptiques nécessaires. MAURICE HACHE.

II. — Avant d'aborder l'exposition de l'opération qu'il préconise, Assaky étudie l'élasticité des nerfs, propriété de tissu qui n'avait pas encore été l'objet d'expériences précises. L'auteur expose 28 expériences conduites avec soin et méthode, et qui permettent de se faire une idée précise de l'élasticité des nerfs sur le cadavre frais. Comme il le fait remarquer, les chiffres ne sont pas applicables au vivant ; mais les faits généraux restent vrais. Les expériences n'ont porté que sur les nerfs des membres.

Les nerfs se trouvent dans l'organisme dans un état de tension élastique semblable à celui des artères, mais moins marqué. Leur élasticité est mise en évidence par leur extensibilité et leur rétractilité ; elle leur permet de s'accommoder aux modifications qu'amène dans les dimensions des parties constituantes d'un membre la succession de deux mouvements opposés tels que la flexion et l'extension extrêmes. L'extensibilité est moindre pour le bout périphérique que pour le bout central d'un nerf divisé, sans doute à cause des branches collatérales. Sur le cadavre, la rétraction des deux bouts d'un nerf divisé n'atteint pas de suite son maximum ; les mouvements qu'on imprime aux parties augmentent cet écart dans une certaine mesure. Après avoir obéi à leur rétractilité, les deux bouts d'un nerf divisé se comportent à la façon des parties inextensibles, et se rapprochent et s'éloignent dans les divers mouvements du membre.

L'élasticité des nerfs est parfaite ; sa limite est rapidement atteinte et alors, pour des tractions croissantes, l'extensibilité n'augmente pas, non plus que la rétractilité ; enfin, dans une troisième période, le nerf allongé ne reprend plus les dimensions premières, fait probablement en rapport avec des ruptures partielles.

Les agents de l'élasticité des nerfs sont les réseaux élastiques de la gaine lamellaire (névrilème-périnèvre). Mais les tubes nerveux eux-mêmes doivent subir des modifications dans leur état de tension, et certaines dispositions anatomiques paraissent propres à y parer : la gaine de Schwann présente à l'état de relâchement du nerf des plis en forme de traits transversaux qui disparaissent à l'état d'extension parfaite. La myéline, fluide pendant la vie, enfermée dans une membrane élas-

Digitized by Google

tique comparable au sarcolemme, ne saurait opposer aucun obstacle à l'élasticité du nerf. Enfin le cylindre-axe est élastique ; car sur les segments dégénérés des nerfs sectionnés, ses fragments se présentent sous une forme tortueuse et serpentine. Peut-être les stries transversales de Fromann correspondent-elles à un fin plissement transversal analogue à celui de la gaine de Schwann.

La seconde partie de la thèse d'Assaky est consacrée à la pathologie. Sans entrer dans la discussion relative à la régénération des nerfs en général, il expose les expériences qu'il a entreprises sur la suture à distance et dans lesquelles, fait capital, le résultat obtenu a été vérifié par un examen histologique très soigné.

La suture à distance consiste à rapprocher avec une traction très modérée les deux bouts d'un nerf sectionné au moyen de 3 ou 4 anses de catgut qui les maintiennent à une distance qui a été de 3 à 3 centimètres 5 dans la plupart des cas. Il est à peine besoin de dire que l'affrontement parfait est de beaucoup préférable quand il peut être obtenu sans traction exagérée. Cette suture à distance hâte la régénération du nerf, et la cicatrice nerveuse développée le long des fils de suture est plus riche en fibres nerveuses de nouvelle formation que lorsqu'on abandonne la guérison aux seuls soins de la nature. Plus on multiplie les anses de catgut, plus la cicatrice nerveuse est volumineuse.

Cette opération est favorable aux autoplasties nerveuses de Letiévant et à la greffe nerveuse par transplantation. Dans le cas de division de plusieurs nerfs dont on ne peut retrouver tous les bouts, la suture des bouts appartenant à des nerfs différents et la greffe par inclusion sont des opérations rationnelles. MAURICE HACHE.

III. — L'auteur rapporte deux faits de suture nerveuse secondaire, avec restauration progressive des mouvements ; l'une des observations, très détaillée, porte sur un cas de section du 5e nerf cervical, ou racine supérieure du plexus brachial.

Ces faits, joints aux 33 colligés par Weissenstein, et à 8 autres publiés depuis, donnent un total actuel de 43 cas, qui se décomposent comme suit : 33 succès, avec retour plus ou moins complet de la sensibilité et du mouvement ; 6 insuccès ; 4 cas douteux faute de détails suffisants.

Voici à peu près dans quels délais s'est montrée l'amélioration : la sensibilité commence à reparaître au bout de 2 ou 4 semaines, la motilité du 16e au 60e jour, et, dans deux cas, au bout de plus de 1 an. La restauration complète des fonctions musculaires a été une fois notée au 26e jour ; dans plusieurs cas, pas avant une ou même plusieurs années.

L'électrisation, le massage, favorisent grandement le retour des fonctions dans les parties paralysées. A. CHAUFFARD.

IV. — Albert rappelle qu'il a été le premier à pratiquer chez l'homme, avec succès, la greffe des nerfs en 1878. Il vient d'échouer dans cette opération chez un sujet de 61 ans chez qui il tentait de remplacer un segment du nerf cubital, long de 10 centimètres, réséqué pour un névrome, par un segment de même longueur du tibial postérieur d'un autre sujet amputé au même instant. L. GALLIARD.

V. — Six méthodes opératoires différentes ont été employées jusqu'à présent :

Digitized by Google

1° La transplantation d'un tronçon nerveux pris sur un animal de même espèce ou d'espèce différente ;

2° La réunion du bout périphérique avec le tronc d'un nerf voisin (greffe nerveuse) ;

3° Le croisement des nerfs, qu'on ne peut employer que dans les cas où deux nerfs voisins sont blessés à des hauteurs différentes ;

4° La dissection d'un ou de deux lambeaux nerveux pédiculés, pris sur les extrémités blessées ;

5° L'interposition d'un os creux et décalcifié (Vanlair) ;

6° La résection sous-périostée des os du membre atteint, avec rapprochement et suture des nerfs.

La plupart des auteurs pensent que la régénération part du bout central, que les fibres de nouvelle formation gagnent peu à peu le bout périphérique et comblent l'intervalle compris entre les deux. Pour Tillmanns, ces fibres nouvelles ne se réunissent pas avec les fibres altérées du bout périphérique, comme lors du développement des nerfs périphériques ; elles croissent suivant une direction centrifuge et s'étendent jusque dans les muscles et la peau. C'est aussi l'opinion de Vanlair, qui a pu obtenir la reproduction d'un nerf en réunissant les deux bouts avec un morceau d'os décalcifié. Cependant Tillmanns admet que quelques fibres nouvelles peuvent bien se réunir aux fibres anciennes du bout périphérique.

Il résulte de ce mode de réparation, qu'on doit surtout se préoccuper d'empêcher le tissu conjonctif de s'interposer entre les deux extrémités nerveuses. Peut-être serait-il suffisant de réunir ces extrémités par une tresse de catgut.

Tillmanns recommande surtout la méthode qui consiste à tailler des lambeaux nerveux pédiculés. Il l'a employé avec un succès complet.

Il s'agissait d'une jeune fille qui avait une blessure avec perte de substance du médian et du cubital du côté droit. L'opération fut faite quatre mois après l'accident. Un an après, l'opérée écrivait à Tillmanns une lettre de remerciements avec sa main autrefois paralysée. La motilité, dit-elle, est complètement rétablie. Le sentiment est encore un peu obtus à la pointe du second et du troisième doigt. P. DELBET.

VI. — Albert a pratiqué plusieurs neurectomies dont il fait connaître les résultats :

1° Chez un sujet de 70 ans qui souffrait depuis plusieurs années de prosopalgie dans le domaine des deuxième et troisième branches du trijumeau à droite, l'auteur a pratiqué d'abord la résection du nerf sous-orbitaire. Après quelques semaines de repos, les douleurs ayant reparu, il fallut réséquer, cinq mois après la première opération, le nerf maxillaire inférieur. Six mois après, il fut nécessaire d'avoir recours à l'opération de Krœnlein, et au bout de quelques mois la prosopalgie reparut encore ;

2° Homme de 55 ans. Résection du nerf maxillaire inférieur. Guérison apparente de la névralgie ;

3° Chez deux femmes, l'une de 40 ans, l'autre de 70 ans, la résection du nerf maxillaire inférieur a guéri la névralgie tenace et persistante. Un homme de 50 ans a subi la résection des deuxième et troisième branches du trijumeau en une seule séance ; sa guérison a été complète. Enfin, un opéré de 60 ans est mort de bronchite, trois jours après la résection du nerf maxillaire inférieur. L. GALLIARD.

VII. — Cet homme avait déjà subi antérieurement, pour un tic doulou-

Digitized by Google

reux, la trépanation de la branche maxillaire inférieure du trijumeau avec résection du nerf mandibulaire et, plus tard, l'excision du nerf sous-orbitaire jusqu'au trou sous-orbitaire. Toutes ces opérations, de même que les traitements médicaux, n'avaient donné qu'un soulagement momentane du tic douloureux de la face.

Krœnlein se décida à essayer une nouvelle opération par une méthode sienne. Un lambeau cutané suffisamment grand ayant été disséqué sur la tempe et relevé, il scia d'abord à ses deux extrémités l'arcade zygomatique et la rabattit en bas avec le masséter. Puis il scia l'apophyse coronoïde et la releva avec le muscle temporal. Ayant rendu ainsi accessible la fosse sphéno-maxillaire, il put chercher les trous d'émergence des deux dernières branches du trijumeau qu'il détruisit.

L'anesthésie fit immédiatement place à la névralgie et la guérison se maintint. J. B.

VIII. — L'auteur divise les névromes en quatre classes :

1° Les *névromes par section* comprennent les névromes des amputés et ceux qui succèdent à la section isolée d'un tronc nerveux et ne se distinguent des premiers par aucun caractère essentiel. La névrite paraît quelquefois favoriser le développement des névromes et l'on a pu accuser avec apparence de raison le port d'appareils prothétiques et des contusions du moignon. Leur formation paraît aussi favorisée par la longue durée de la suppuration du moignon, et Courvoisier n'a jamais constaté de névromes dans les moignons réunis sans suppuration grâce à une antiseptie sévère, mais ces faits ne sont pas assez nombreux pour conclure.

Les douleurs ne sont pas constantes ; sur 17 cas de névromes d'amputation où il en est fait mention, elles n'ont manqué complètement qu'une fois, mais une autre fois la douleur n'était réveillée que par le cathétérisme d'un trajet fistuleux. Billroth dit avoir trouvé souvent des névromes indolents dans les vieux moignons. D'autre part, la violence des douleurs peut être telle que la vie du patient devienne insupportable. Après la section isolée d'un cordon nerveux, la douleur a manqué 20 fois sur 32.

Comme traitement, les névromes d'amputation demandent une extirpation aussi étendue que possible ; pour éviter leur développement, il faut au moment de l'amputation réséquer largement les bouts nerveux et éviter les suppurations profondes. Pour les autres, l'extirpation suivie de suture des extrémités avivées a donné les meilleurs résultats au point de vue de la cessation des douleurs et du rétablissement des fonctions.

2° Les *tubercules douloureux*, qui ne sont pas toujours sous-cutanés, peuvent être constitués histologiquement par toute espèce de tumeurs petites et dures; dans quelques cas seulement, ce sont des névromes des troncs ou des terminaisons des nerfs. L'auteur les étudie pourtant avec les névromes, parce qu'il considère comme démontrée ou du moins infiniment probable leur connexion constante avec un filet nerveux, simple accollement ou véritable inclusion suivant les cas.

3° Les *névromes des troncs* sont uniques et multiples. L'auteur joint à leur étude celle des tumeurs développées sur le nerf optique, le nerf acoustique et des névromes intra-craniens et intra-abdominaux. Le maximum de fréquence est entre 20 et 40 ans pour les névromes dits

Digitized by Google

chirurgicaux, les tumeurs du nerf optique sont au contraire de beaucoup les plus fréquentes de 1 à 10 ans.

Surtout fréquents sur les gros nerfs, ces névromes peuvent égaler le volume d'une tête d'homme. Leur forme en fuseau et leur mobilité exclusivement latérale facilitent le diagnostic.

Les douleurs existaient 92 fois sur 104 cas ; en outre, il y avait d'autres troubles de la sensibilité dans 24 cas, et des troubles de la motilité dans 34. Dans 11 cas, ils avaient déterminé des attaques d'épilepsie. Les divers troubles de l'innervation étaient d'autant plus nombreux et plus graves que la tumeur affectait avec le cordon nerveux des connexions plus étroites.

4° Vient ensuite l'étude des *névromes plexiformes*, de leurs variétés, de leur siège, etc. Sur 4 cas dans lesquels la récidive a suivi l'extirpation, il s'agissait 3 fois d'un sarcome et 1 fois d'un névrome amyélinique. La métastase a été observée 2 fois. En dehors de ces cas exceptionnels, le pronostic des névromes plexiformes est plutôt favorable et sur 29 extirpations totales ou partielles faites sur 22 malades on a obtenu 16 guérisons.

Tels sont les principaux points de ce travail qui est suivi d'une notice bibliographique soigneusement classée. MAURICE HACHE.

IX. — Femme d'une quarantaine d'années. Dès la naissance, on avait remarqué sur le côté droit du cou le rudiment de quelques tumeurs qui, dans les années suivantes, ont graduellement augmenté de volume ; à la puberté, cet accroissement fut plus rapide. En 1868, toutes ces tumeurs sont enlevées en deux séances et la guérison paraît parfaite.

Mais la récidive a lieu rapidement et le volume des nouvelles tumeurs dépasse celui des premières. En 1879, après un brusque frisson, la malade est prise de paralysie avec contracture des deux membres gauches et de douleurs à type fulgurant qui atteignaient les quatre membres, la moitié droite de l'abdomen, et respectaient la face et le côté gauche du ventre. Des hallucinations terrifiantes s'ajoutaient à ces symptômes, qui persistèrent pendant sept mois, puis disparurent au point de permettre à la malade de reprendre ses travaux. Mais, vers 1883, tous ces accidents ont reparu et actuellement on constate :

Des tumeurs très développées s'étalant en longs plis depuis toute la moitié droite du cou jusqu'au-dessous du sein. Implantées au milieu d'une vaste tache pigmentaire, couleur café au lait, elles sont constituées par de grosses masses charnues, molles, flexibles, recouvertes d'une peau rose grisâtre, à épiderme mince. Indolores, presque insensibles, elles offrent à leur surface quelques poils peu développés et les orifices dilatés de nombreuses glandes sébacées. A la palpation, on sent près de leurs bords plusieurs cordons rectilignes et durs ; sur le reste du corps existent de nombreuses éphélides et quelques molluscums.

Les phénomènes nerveux consistent en douleurs, troubles de la sensibilité, paralysies et contractures du côté gauche. Aucun traitement ne parvient à modifier cet état, et tout à coup, en janvier 1885, l'une des tumeurs vient à augmenter rapidement de volume ; un gonflement mou, œdémateux, phlegmoneux paraît en même temps qu'une crise syncopale ; puis la malade s'affaiblit de jour en jour et succombe.

L'autopsie démontre que la tumeur, au niveau de laquelle s'était faite la suppuration, est de nature sarcomateuse. En outre, on constate un rétrécissement notable du canal vertébral à sa partie supérieure dû à l'affaissement lent et graduel, des deuxième et troisième vertèbres cervicales, et un apla-

Digitized by Google

tissement de la moelle avec atrophie très marquée de sa moitié gauche (sclérose diffuse avec propagation aux cordons de Turck et aux cordons de Goll des deux côtés). OZENNE.

X. — Une dame de 54 ans consulte, il y a deux ans, l'auteur pour une douleur vive de l'avant-bras, accompagnée de paralysie du nerf cubital et d'hyperesthésie dans toute la sphère de distribution de ce nerf. Les symptômes s'accroissent et tout le bras est frappé d'impotence, en même temps que la santé générale s'altère. On s'aperçoit alors de la présence d'une tumeur émergeant au niveau du triangle sus-claviculaire, fixe et très douloureuse à la pression. Incision des téguments comme pour lier la sous-clavière à son tiers inférieur, puis le long du sterno-mastoïdien de façon à détacher un large lambeau : dissection attentive de la région ; on voit alors, entre la dernière paire nerveuse cervicale et la première dorsale, une tumeur émergeant presque des trous de conjugaison et placée au-dessous de l'artère sous-clavière. L'énucléation du sarcome est assez facile. Immédiatement après l'opération, cessation de toute douleur, mais paralysie du bras, par suite des manœuvres exercées sur le plexus brachial. Sous l'influence des courants continus, les mouvements reparaissent dans les muscles du bras ; malheureusement la malade succombe à une embolie cérébrale à quelques mois de là.

Au cours de la discussion, *Bryant* rapporte un fait analogue. Il s'agit encore d'une dame qui, depuis cinq ans, souffrait de l'avant-bras et avait de l'atrophie des muscles : on avait diagnostiqué une exostose vertébrale. On finit par découvrir une tumeur profonde sus-claviculaire et à l'opération on constata qu'il s'agissait d'un sarcome mou, développé sur le névrilemme de la branche supérieure du plexus brachial. La malade guérit. H. R.

XI. — Une femme de 25 ans, d'une bonne santé habituelle, portait depuis 18 mois, une grosse tumeur, dure, sur la face externe de la cuisse gauche, immédiatement au-dessus de l'espace poplité. La tumeur débuta par des douleurs sourdes dans la cuisse ; plus tard ces douleurs devinrent lancinantes. Elle ne gênait pas la marche, mais était très douloureuse quand la malade était assise. La tumeur fut excisée. Elle était pédiculée, et le pédicule adhérait au nerf sciatique. On fut donc obligé d'enlever 38 millimètres du nerf avec la tumeur. Ses deux extrémités furent rapprochées et maintenues en place par trois sutures au catgut. La malade quitta l'hôpital trois mois après, conservant une paralysie complète des mouvements et une paralysie partielle de la sensibilité de la jambe gauche. Un mois après, la sensibilité de la jambe et de la partie interne du pied était normale; mais la paralysie musculaire persistait. J.-B. H.

I. — **Aneurysma traumaticum der linken Carotis communis, par SCHWAB** (*Soc. des méd. de Vienne*, 19 *juin* 1885).

II. — **Case of double simultaneous distant ligature for innominate aneurysm (Anévrisme du tronc brachiocéphalique, double ligature simultanée), par Richard BARWELL** (*Medico-chir. transact.*, *LXVIII*, *p.* 123).

I. — Une femme de 41 ans tente de se suicider le 10 août 1884, en se faisant plusieurs blessures au cou à l'aide d'un couteau de poche. Sur une ligne qui irait horizontalement du cartilage cricoïde au muscle sterno-mastoïdien gauche, on trouve cinq plaies larges d'un centimètre à peu près. Il y a de plus des plaies à la poitrine et aux bras.

15 *août*. Le gonflement du cou, très prononcé au début, a diminué ; frémissement perceptible entre les chefs du sterno-mastoïdien. Les plaies guérissent.

20 *octobre*. Sur le trajet de la carotide primitive gauche existe une tumeur dépressible, pulsatile avec frémissement synchrone à la systole cardiaque. Si

Digitized by Google

l'on comprime la carotide au-dessus de la tumeur, les pulsations et le frémissement cessent.

16 *juin* 1885. La tumeur a la dimension d'une petite noix. Mêmes symptômes. Les bruits de l'anévrisme sont assez intenses pour incommoder la malade. L. GALLIARD.

II. — Femme de 48 ans. Dix-huit mois avant son entrée à l'hôpital, contusion de la poitrine sur le marchepied d'un omnibus; hémoptysie un mois plus tard. Au bout de six mois, oppression, douleur persistante au coude et le long du bras, diminution de la motilité et de la sensibilité du membre supérieur.

A son admission, signes manifestes d'un anévrisme du tronc brachio-céphalique : voussure occupant la moitié droite du sternum, la partie interne de la clavicule et les deux côtes supérieures; pulsations expansives, tumeur pulsatile remontant au-dessous du sterno-mastoïdien. Symptômes de compression pulmonaire, râles et faiblesse du murmure vésiculaire; petitesse du pouls radial droit, comparé à celui de gauche. Les muscles du bras et de l'avant-bras droit sont partiellement atrophiés.

Douze jours plus tard, l'oppression s'accroît beaucoup et un nouveau signe apparaît, la disparition complète du pouls radial droit. Il est facile de voir que la sous-clavière et l'axillaire n'ont plus de battements.

Deux semaines plus tard, l'auteur se décide à lier la carotide primitive Immédiatement après la ligature, les pulsations de l'anévrisme augmentent beaucoup d'intensité : aussi, dans la crainte de voir se rouvrir l'artère sous-clavière spontanément oblitérée, il pratique séance tenante la ligature de cette artère à sa troisième portion. Le soir, les pulsations ont beaucoup diminué. Le lendemain, la malade expectore plus facilement; le quatrième jour, elle éprouve moins de peine à avaler et cesse d'être aphone. Un mois plus tard, elle commence à se servir de son bras sans douleur et il est manifeste que la tumeur a diminué et s'est solidifiée. Malgré des alternatives d'aggravation et de mieux, la malade finit par quitter l'hôpital dans un état très satisfaisant, le 4 juin : elle avait été opérée le 28 février. H. R.

I. — Angeborne Halscyste von ungewöhnlicher Grösse (Kyste congénital du cou), par WEINLECHNER (*Soc. des méd. de Vienne*, 8 *et* 22 *mai* 1885).

II. — Kyste congénital du cou, par DUBAR, rapport de MONOD (*Bulletin de la Soc. de chir.*, *t. XI*, *p.* 540, 1885).

I. — Nouveau-né du sexe féminin portant au côté gauche du cou une tumeur, grosse comme deux têtes d'enfant, et qui, de l'oreille, passe sur l'épaule gauche et s'étend jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. Elle est limitée en dedans par le menton et la ligne médiane du cou, en bas elle dépasse la clavicule, en dehors elle atteint l'acromion, en arrière elle s'approche de la colonne vertébrale, en haut elle envahit la région occipitale et oblitère le conduit auditif. La surface est bosselée, présente des saillies arrondies. Peau normale, non adhérente.

C'est un kyste multiloculaire congénital; les loges ponctionnées fournissent tantôt de la sérosité, tantôt du liquide sanguinolent.

L'auteur pratique des ponctions en divers points et injecte de l'eau alcoolisée. La tumeur diminue, mais les troubles de la déglutition surviennent; l'enfant meurt à l'âge de quinze jours.

Les kystes dont l'agglomération constitue la tumeur ne dépassent pas le volume de petites pommes; ils ne communiquent généralement pas entre eux. Ils entourent les muscles et tous les organes du cou et pénètrent entre le pharynx et la colonne vertébrale. Leurs parois sont très minces.

L. GALLIARD.

II. — Il s'agit d'une petite fille de 9 ans que Monod avait soignée,

Digitized by Google

en 1882, pour un petit kyste de la région sous-thyroïdienne, congénital, du volume d'une petite noisette. Il y injecta deux gouttes de chlorures de zinc déliquescent, qui produisirent une réaction vive et une eschare comprenant la peau et la paroi du kyste. Guérison apparente, mais au bout de six mois première récidive, traitée au bout de dix-huit mois, par Dubar, par l'extirpation. Au bout de trois mois nouvelle récidive dans la cicatrice, guérie définitivement cette fois par une nouvelle ablation.

L'examen histologique pratiqué par Dubar lui montra que le prolongement caudal supérieur de la tumeur ne présentait dans une partie de son étendue qu'une cavité virtuelle, dans laquelle l'injection au chlorure de zinc ne pouvait par conséquent pénétrer. Quant à la seconde tumeur de récidive, elle était constituée par une petite masse fibreuse recouverte d'épithélium cylindrique et de laquelle partaient deux cordons épithéliaux pénétrant à une profondeur de 2 à 3 millimètres, au milieu du tissu conjonctif ambiant où ils se terminaient en cul-de-sac.

Ce bourgeonnement épithélial impose, dit Dubar, la nécessité de dépasser notablement dans l'ablation les limites de la paroi kystique. Monod ne croit pas ce bourgeonnement possible quand une opération préalable n'a pas ouvert la cavité du kyste et permis l'expansion au dehors de l'épithélium contenu, et pense que pour un kyste intact une ablation exacte, mais limitée à la poche kystique elle-même, sera sans doute suffisante. M. HACHE.

Die Papillome der Zunge, par ALBERT (*Wien. med. Presse*, *n°* 1, 1885).

L'auteur décrit trois variétés de papillomes de la langue : les papillomes sessiles, aplatis, les papillomes pédiculés, les papillomes douloureux de la région postéro-latérale (regio foliata), région des plis gustatifs ou des papilles foliacées.

Ce dernier papillome, de petit volume, se développe symétriquement sur les deux côtés de la langue; il est remarquable par son exquise sensibilité au contact et la coïncidence avec les névralgies ou les paresthésies de la langue. Il se manifeste presque exclusivement chez les femmes, et chez les femmes hystériques. On doit le traiter par la cautérisation au nitrate d'argent ou mieux par le fer rouge. L'auteur publie plusieurs cas suivis de guérison. L. GALLIARD.

I. — Ueber Thoracentese beim Empyems (Sur la thoracentèse dans l'empyème), par BLUMBERG (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, *Band XXII*, *Heft* 5 *et* 6, *p.* 474).

II. — Case of empyœma (Empyème, opération d'Esländer), par A.-G. MILLER (*Edinb. med. journ.*, *p.* 615, *janvier* 1885).

III. — Quatre cas de résections costales, par OLLIER (*Lyon méd.*, *p.* 191, 7 *février* 1886).

I. — L'auteur rejette absolument la ponction simple dans l'empyème. Il faut, quand l'épanchement pleural est devenu purulent, que le pus puisse facilement s'écouler au dehors et que l'on puisse laver la plaie. Il lui est arrivé dans deux cas intéressants qu'il relate de ne pas pouvoir inciser un espace intercostal pour évacuer le pus. Il fit construire alors une canule en argent assez semblable à une canule à trachéotomie et munie d'un trocart. La ponction faite, la canule reste en place, on peut faire des lavages avec une sonde à double courant (de Kussmaul).

Digitized by Google

La canule, dans les deux cas, a pu être enlevée assez rapidement. Dans le premier cas (jeune fille de 11 ans), la guérison a été complète et le retour à la santé parfait; le deuxième cas était encore en observation, mais paraissait en bonne voie de guérison. EDELMANN.

II. — L'observation de Miller concerne un jeune homme de 22 ans, qui, ponctionné une première fois pour un épanchement séreux, est atteint de pyopneumothorax et subit l'opération de l'empyème. Au bout de cinq mois, la cavité pleurale persistant malgré l'affaissement des côtes, on pratique une première résection d'une côte, puis, huit mois plus tard, trois nouvelles côtes sont réséquées, ce qui amène un affaissement plus considérable du thorax et une cicatrisation plus complète de la cavité pleurale. La mort survint quatre mois plus tard à la suite de phénomènes urémiques et, l'autopsie montre une oblitération presque totale du kyste pleural.

L'auteur insiste sur quelques particularités qu'il met en relief, surtout au point de vue opératoire. Il constate que l'ablation d'une portion de côte est une opération simple et inoffensive : même quand on enlève plusieurs côtes, elle est peu dangereuse. La ligne axillaire antérieure est le point d'élection pour opérer, parce que les côtes sont en cette région plus minces, et que l'on peut opérer en laissant le malade couché sur le dos. L'auteur préfère inciser la peau séparément pour chaque côte, parallèlement à l'os, plutôt que de faire une longue incision verticale intéressant plusieurs espaces intercostaux. Il entame le périoste, le décolle, puis sectionne l'os en laissant subsister le manchon périostique; de cette façon est évitée la blessure de l'artère intercostale.

Miller insiste sur la nécessité d'opérer de bonne heure et de ne pas attendre que le malade soit trop débilité. H. R.

III.—1° Homme de 40 ans, porteur, depuis trois ans, d'une fistule thoracique par laquelle sortent des gaz fétides et du pus à odeur gangréneuse. Résection de 11 millimètres de la 2e côte; plèvre épaisse de 1 centimètre. Au-dessous, le poumon forme un tissu grisâtre lardacé; à 15 millimètres de profondeur on tombe sur un foyer purulent gangréneux; il fut impossible de déterminer s'il s'agissait d'une cavité pulmonaire ou d'une pleurésie interlobaire. Lavages boriqués. Mort au sixième jour.

2° Femme de 38 ans, ayant subi, pour une pleurésie purulente avec fistule thoracique, en quatre fois la résection de 3 centimètres de la 6e côte, de 8 centimètres de la 7e, de 14 centimètres de la 8e, de 10 centimètres de la 9e. En voie de guérison.

3° Homme de 33 ans. Pleurésie purulente; 2 litres de pus par une ponction. La 8e côte ayant été reconnue dénudée, on en résèque 7 cent. 1/2. Un an plus tard l'affaissement de la paroi se produisant mal, nouvelle résection. Des deux bouts de la 8e côte part un arc osseux, dur, éburné, adhérent au bord supérieur de la 9e côte qu'on résèque avec cet arc sur 9 cent. 1/2 d'étendue.

4° Jeune homme de 26 ans; abcès tuberculeux sous-mammaire. On sent la crépitation des deux bouts de la 5e côte qui s'est fracturée sans que le malade s'en soit aperçu. Ouverture de l'abcès, résection de 6 centimètres de côte, infiltrée de matière tuberculeuse. Guérison constatée un an plus tard.

A. C.

I. — Ein Fall von Œsophagotomie, par RINNE (*Deut. med. Woch.*, n° 27, 1885).

II. — Two (2) cases of operation for pyloric stenosis, par Charles MAC BURNEY (*Medical News*, 16 *janvier* 1886).

Digitized by Google

III. — A case of gastrostomy, par G. FOWLER (*New York med. journ.*, *p.* 210, 1885).

IV. — Gastrostomie et jéjunostomie, par BARWELL, J. MORGAN, DENT et GOLDING BIRD (*Brit. med. journ.*, *p.* 1062, *décembre* 1885).

V. — A case of gastro-enterostomy for cancer of the pylorus, par Arthur BARKER (*Ibidem*, *p.* 292, *février* 1886).

VI. — A case of gastro-enterostomy for cancerous obstruction of the pylorus, par Thomas MORSE (*Ibidem*, *p.* 488, *mars* 1886).

I. — Un avaleur de sabres, âgé de 23 ans, a tenté, pendant une représentation, d'attacher une chaise à la poignée du sabre, de sorte que l'arme s'est brisée et que la lame est restée dans l'œsophage. On amène le sujet à l'hôpital huit heures après l'accident. L'extrémité supérieure de la lame ne peut être atteinte avec le doigt, mais la sonde en détermine la présence au niveau du second anneau de la trachée. Le seul procédé d'extraction possible est l'œsophagotomie. L'auteur la pratique d'après la méthode de Vacca Berlinghieri et parvient, non sans peine, à extraire la lame qui a 37 centimètres 1/2 de long et 2 centimètres de large.

Pendant les huit premiers jours, l'état de l'opéré est satisfaisant, la plaie a bon aspect. Le neuvième jour, hémorragie considérable par la plaie, nécessitant la ligature de la carotide primitive. Mort le quinzième jour.

Pneumonie lobulaire. Grand abcès rétro-œsophagien. Cicatrices multiples de l'œsophage, du cardia et de l'estomac dues à des traumatismes anciens (pénétration de la lame). On ne trouve pas exactement la source de l'hémorragie. L. GALLIARD.

II. — Obs. 1. — Femme âgée de 39 ans, souffrant de l'estomac depuis une vingtaine d'années. Depuis quelques mois, elle vomit tout ce qu'elle prend, a maigri beaucoup. On constate une dilatation énorme de l'estomac et, après lavage, on reconnaît une tumeur dure, ferme au niveau du pylore. Insuccès du lavage stomacal, de la diète lactée peptonisée. Le 6 juillet, Burney décide de pratiquer la divulsion de Loreta. Anesthésie par l'éther. Une fois l'estomac ouvert, on trouve un rétrécissement pylorique qui permet à peine d'engager le doigt. Divulsion, avec un dilatateur rectal, difficile; on arrive cependant à élargir le passage. La malade mourut six heures après l'opération.

A l'autopsie, la plaie de l'estomac est bien fermée; l'estomac contient 10 à 12 onces de sang. Dans le duodénum et le petit intestin, on trouve une grande quantité de sang; à la face postérieure du pylore existe une déchirure longitudinale d'un pouce de long, comprenant la muqueuse et le tissu sous-muqueux.

Obs. 2. — Femme de 52 ans. Vomissements incessants; dilatation de l'estomac; tumeur au niveau du pylore qu'on croit cicatricielle suite d'un ulcère. Même opération. A l'ouverture de l'estomac, on trouve au niveau de la grande courbure un ulcère à moitié cicatrisé dont un des bords a rétracté l'orifice pylorique. Burney fait la divulsion. Mort trente et une heures après l'opération, par suite d'anurie incomplète.

A l'autopsie, lésions rénales, congestion pulmonaire; plaie de l'estomac bien fermée; pas de déchirure de la muqueuse du pylore. (Voy. *R. S. M.* XXII, 308.) MAUBRAC.

III. — Femme de 55 ans, atteinte de rétrécissement cancéreux très serré de l'œsophage. On pratique la gastrostomie en deux temps, et, dans une première opération, l'estomac est mis à nu et fixé à la paroi. Aucune complication jusqu'au quatrième jour; à ce moment, diarrhée, épuisement progressif, fièvre, mort le sixième jour. A l'autopsie, outre le cancer œsophagien, on trouve de la gastro-entérite, plus une pneumonie au second degré dans le

Digitized by Google

lobe inférieur du poumon droit. La gastrostomie n'avait donc pu être complétée. A. CHAUFFARD.

IV. — Obs. 1. — Barwell rapporte le fait suivant. Une jeune fille se présente, le 19 mars, atteinte d'un rétrécissement cancéreux de l'œsophage siégeant au niveau du cartilage cricoïde. C'est à peine si une bougie de la grosseur d'une sonde n° 14 peut passer. Le 25 mars, on essaye de placer à demeure un tube de caoutchouc qui la soulage momentanément, mais le 11 avril, elle revient à l'hôpital dans un état grave. Le tube a été expulsé, dans une quinte de toux : il est plein de muco-pus. On sent une fluctuation profonde sur les côtés de l'œsophage, et une incision laisse échapper du pus et des gaz, communiquant avec une perforation œsophagienne. La malade est alors nourrie exclusivement par la voie rectale. Le 25 avril, on pratique la gastrostomie; l'estomac est trouvé rétracté derrière le foie, et il faut l'aller chercher avec le doigt, profondément, pour le suturer avec la paroi abdominale. Ponction secondaire de l'estomac avec un gros trocart qui sert à introduire des aliments dans l'estomac de l'opérée. En mai, elle prend quotidiennement 6 pintes de soupe, d'œufs et de brandy; en juin, 8 pintes. L'embonpoint se maintient et même augmente, mais les progrès du cancer amènent des accès de dyspnée qui nécessitent la trachéotomie le 21 juin. L'état se maintient, relativement bon, jusqu'au 18 septembre, époque où le malade meurt d'une bronchite purulente, conséquence de l'envahissement de la trachée par le cancer.

Obs. 2. — John Morgan relate une opération de gastrostomie pratiquée sur un enfant de quatre ans, qui avait avalé par mégarde de la potasse, dix semaines auparavant. Reconnaissant l'impossibilité de passer une sonde œsophagienne, l'auteur pratiqua l'opération le 17 août. L'estomac fut fixé par 13 points de suture et ne fut ouvert que trente et une heures après : on introduisit immédiatement du thé de bœuf et du brandy par la canule, toutes les deux heures. Le quatrième jour, l'enfant eut une garde-robe normale. Pendant la première semaine, il resta dans un état grave, mais à partir de ce moment, reprit des forces. Depuis lors, il se maintient (9 décembre) et a recouvré tout son embonpoint. Sa santé générale est excellente.

Obs. 3. — Dent rapporte l'histoire d'un cas de gastrostomie pratiquée pour un cancer de l'œsophage. Les premiers jours, le malade éprouva du soulagement, mais bientôt l'estomac devint intolérant, et le patient succomba, après avoir présenté des vomissements incoërcibles. L'autopsie fit voir que les sutures de l'estomac intéressaient cet organe très près du pylore, et ceci n'a peut-être pas été étranger aux phénomènes d'intolérance gastrique constatés.

Obs. 4. — L'observation de Golding Bird a trait à une opération de jéjunostomie. Il s'agit d'un homme de quarante-six ans, présentant tous les signes d'une obstruction pylorique depuis dix mois : on sentait distinctement la tumeur. Le malade s'inanitiant tous les jours, l'opération fut décidée. Golding Bird sectionna, le 25 octobre 1885, la paroi abdominale dans le but de réséquer le pylore, mais il trouva que cet organe adhérait intimement au foie, de sorte qu'il transforma l'opération en une opération palliative de jéjunostomie. L'intestin grêle fut attiré à 2 pouces au-dessous du duodénum, suturé et réuni à la plaie abdominale, puis ouvert. Le résultat de l'opération fut relativement simple. L'alimentation se fit régulièrement jusqu'au neuvième jour, mais, en injectant la nourriture dans la fistule, il en pénétra quelques parcelles dans le péritoine, qui amenèrent une péritonite mortelle.

Dans le cours de la discussion, Pearce Gould rappelle qu'il eut l'occasion de pratiquer la jéjunostomie pour un cancer pylorique, mais que le malade succomba quarante-huit heures après l'opération. H. R.

V. — Une femme de 37 ans éprouve depuis un an et demi des crises d'estomac accompagnées de vomissements : en août 1885, on constate la présence

Digitized by Google

d'une petite tumeur qui grossit et est douloureuse. La malade entre en décembre à l'hôpital; on trouve alors une tumeur mobile, que l'on considère comme un cancer pylorique, mais qui pourrait cependant être le rein déplacé. Incision exploratrice, après avoir eu soin préalablement de laver trois fois l'estomac avec de l'eau chaude. L'ouverture de l'abdomen fait voir une dégénérescence du pylore sur une étendue de 3 pouces, du volume d'une moitié d'orange environ, empiétant sur la petite courbure de l'estomac : quelques ganglions gastrocoliques commencent à se prendre. Dans ces conditions, on ne pouvait songer à la résection du pylore. L'auteur préféra pratiquer la gastro-entérostomie en établissant une ouverture artificielle entre l'estomac et le jéjunum. Il décrit avec soin le mode de suture qu'il adopte pour fixer les deux organes. La malade supporte bien l'opération, soutenue d'abord par des lavements de peptone et de la glace. Les premiers jours, survinrent des vomissements fécaloïdes, dus à la régurgitation du contenu du jéjunum : mais très rapidement le mieux s'établit, au point que le dix-neuvième jour, elle put s'asseoir. Un mois après l'opération, la malade avait repris sa vie habituelle et ne souffrait pour ainsi dire plus du ventre. H. R.

VI. — La malade de Morse était une femme de 65 ans, vigoureuse, prise de vomissements depuis quelques semaines, et présentant, dans la région pylorique, une tumeur mobile, indolente : l'estomac était manifestement dilaté.

Incision oblique de haut en bas et de gauche à droite, à 1 pouce au-dessus de l'ombilic. La tumeur correspond exactement au pylore et se termine nettement à l'origine du duodénum : pas d'infiltrations ni d'adhérences péritonéales, mais petits nodules cancéreux sur l'épiploon. L'auteur se borne à faire communiquer l'estomac avec le jéjunum : il place 7 sutures à l'estomac, puis fait une incision, par laquelle il vide le contenu stomacal et lave les parois du ventricule. Une semblable incision est faite au jéjunum. et les deux plaies juxtaposées sont mises en contact, d'après la méthode de Czerny. L'opération dure une heure trente-cinq minutes. La malade meurt sans péritonite, dans le collapsus, trente heures après l'opération. H. R.

I. — Impacted gallstone in the ductus choledochus (Calcul biliaire enclavé dans le canal cholédoque), par F. LANGE (*Med. News*, 23 *janvier* 1886).

II à VI. — Sur le traitement des kystes hydatiques du foie par la laparotomie, par G. RICHELOT, MONOD, L. CHAMPIONNIÈRE, TERRIER, POULET, et discussions (*Bull. Soc. de chirurgie*, *XI*, *p.* 795, 808, *XII*, *p.* 111, 129).

VII. — Kyste hydatique intrapéritonéal enlevé par la laparotomie, par BOUILLY (*Ibidem*, *XII*, *p.* 147).

VIII. — De la splénotomie pour tumeurs de la rate, par S. FOUBERT (*Thèse de Paris*, 1886).

I. — Femme de 37 ans présentant tous les signes d'une obstruction biliaire ; le foie est hypertrophié, la vésicule distendue. On décide de faire la cholécystotomie. Après ouverture du péritoine, ponction aspiratrice qui donne une pinte et demie de liquide purulent. On ouvre alors la vésicule, mais on ne trouve aucun calcul. En passant la main en arrière du duodénum sous le foie, Lange trouve un corps dur, résistant, que des pressions manuelles douces font passer dans la vésicule. C'était un gros calcul de cholestérine, du volume d'une noix, enclavé dans le canal cholédoque. Suture de la vésicule après lavage à l'acide borosalicylique. Suture séparée du péritoine et des tissus superficiels. Mort trois jours après l'opération.

A l'autopsie, on trouve les lésions de l'atrophie jaune aiguë du foie et de la

Digitized by Google

néphrite parenchymateuse. L'intestin est rempli d'un liquide brun chocolat (sang). Exsudats légers à la surface du péritoine. MAUBRAC.

II. — Richelot passe en revue les divers modes de traitement des kystes hydatiques du foie et propose, comme Lawson Tait : l'incision franche du péritoine, exploration et traitement variable du kyste. C'est ce qu'il a fait dans le cas suivant :

Kyste hydatique du foie récidivé après ponction, remplissant l'hypocondre. Incision de 10 centimètres sur la ligne blanche qui l'amène sur le kyste qu'il trouve adhérent à la paroi d'une manière très intime et en apparence très étendue. Longue incision du kyste d'où sort un litre de liquide puriforme, nettoyage aussi complet que possible de sa cavité, suture de la paroi kystique aux lèvres de la plaie abdominale, drainage et pansement antiseptique. Aucun accident. Vers le dixième jour, issue d'une multitude de vésicules avec du liquide puriforme. Après deux mois de traitement, il ne reste plus qu'une petite fistule.

Comme conclusion, Richelot propose, en face d'un kyste hydatique du foie, d'inciser franchement le péritoine et d'explorer la tumeur. Si elle vient à la face inférieure du foie, on l'extirpera plus ou moins complètement, suivant son volume et ses adhérences, et on suturera le reste de la poche à la paroi abdominale, comme dans une ovariotomie incomplète; si le kyste fait saillie à la face convexe du foie, on pourra peut-être agir de même s'il n'y a qu'une mince couche de tissu hépatique à la surface de la tumeur, sinon on pourra attendre, si l'on veut, la formation des adhérences et, en tous cas, ouvrir le kyste à la place qu'on aura choisie.

Terrier ne connaît pas de faits se rapportant au traitement des poches de la face convexe et de l'intérieur du foie; pour ceux de la face inférieure, on peut établir trois catégories :

1° Kyste pédiculé; 2° kyste à adhérences traité par la résection et la suture; 3° kyste à adhérences encore plus grandes, traité par la simple incision suivie de suture.

Voici un exemple de la deuxième catégorie :

Femme, vaste tumeur abdominale pouvant en imposer pour un kyste de l'ovaire et remplissant presque tout le ventre. Une ponction donne issue à un liquide acéphalocystique, et comme la malade avait déjà été soignée pour une leucocythémie, on crut à un kyste de la rate. Après l'incision de la paroi abdominale et de ce kyste énorme, il sortit 71 hydatides; on disséqua le plus possible cette large poche en dissociant ses adhérences avec la paroi abdominale et l'intestin, et on en réséqua une large portion comme dans une ovariotomie incomplète. Au bout de deux mois, la guérison était complète.

On ne songerait pas à faire la laparotomie pour un kyste gros comme le poing.

Verneuil rappelle les bons résultats que lui a donnés et que lui donne encore le traitement par le gros trocart, qui joint à l'efficacité la bénignité et la simplicité. Pour faciliter l'élimination de la poche, il fait maintenant deux ponctions à deux travers de doigt de distance et incise au septième jour le pont intermédiaire; la durée moyenne de la cure ne dépasse pas cinq à six semaines.

Polaillon déclare que la méthode du gros trocart ne lui a jamais donné d'accidents et qu'elle doit rester la méthode générale, la laparotomie étant réservée pour les kystes d'un volume énorme et les kystes pédiculés, si l'on pouvait les diagnostiquer.

Tillaux recommande la ponction simple qui peut amener la guérison

Digitized by Google

tant que le kyste n'est pas suppuré. Quand il est suppuré, il faut l'ouvrir en incisant la paroi abdominale au bistouri jusqu'au péritoine exclusivement et en perforant la séreuse et le kyste à l'aide d'une flèche de Canquoin laissée à demeure cinq ou six jours; la chute de l'escarre laisse une large ouverture par laquelle le kyste se vide avec facilité.

III. — Jeune fille de 18 ans. Gros kyste plusieurs fois ponctionné saillant à l'épigastre, quoique parti de la face inférieure du foie. Opération très simple. La tumeur, mise à nu, est vidée par aspiration; sa paroi flasque est attirée dans la plaie et largement incisée, les vésicules filles évacuées, ainsi que la membrane germinative. Suture à la plaie des bords de la poche, qui est bourrée de gaze iodoformée, après avoir été touchée au chlorure de zinc au 10e. Premier pansement le cinquième jour, puis lavage quotidien avec un syphon. Suites simples. La malade est en bonne voie de guérison.

Monod conclut en faveur du traitement par l'incision, toutes les fois que le kyste sera en rapport dans une étendue suffisante avec la paroi abdominale.

IV. — Le diagnostic probable posé avant l'opération était tumeur du rein droit; la laparotomie fut faite pour assurer le diagnostic, et Lucas-Championnière put extraire avec d'assez grandes difficultés, dues aux adhérences, une tumeur qui n'était autre qu'un kyste hydatique rattaché au bord antérieur du foie.

V. — Femme de 42 ans, entrée à l'hôpital pour une tuméfaction du ventre ayant débuté en février 1884, sans grandes douleurs. Antécédents de leucocytose. Une ponction faite le 1er août 1885 donne du liquide hydatique, sans crochets; on diagnostique un kyste hydatique, avec des réserves sur son siège à cause des antécédents spléniques.

A son entrée, la tumeur occupe tout l'abdomen, sauf les flancs; sa matité se confond avec celle du foie et de la rate; elle ne paraît pas suivre les mouvements du diaphragme. Urines normales. Pas de leucocythémie actuelle, ce qui fait rapporter le kyste au foie.

Opération le 27 octobre 1885 par la laparotomie : le kyste est partout adhérent à la paroi abdominale et se déchire pendant les tentatives de décollement. Il est largement incisé et vidé. La poche kystique forme alors une cavité s'étendant de la face inférieure du foie jusqu'au bassin en adhérant à la paroi abdominale antérieure et en bas à la vessie. On ne pouvait songer à laisser béante une aussi large cavité : en conséquence, la poche fut laborieusement détachée de ses adhérences et isolée de bas en haut, si bien qu'à droite on arriva sur la vésicule biliaire, non adhérente à gauche jusqu'au colon transverse sans pouvoir le dépasser.

Cette dissection faite, les parois de cette vaste poche furent disposées en collerette et suturées par treize fils d'argent. L'abdomen est ensuite fermé, deux gros drains longs de 8 à 10 centimètres sont introduits dans la cavité béante du kyste. Pansement avec la gaze iodoformée et la ouate de bois.

Les quatre ou cinq premiers jours suivants, il y eut un abondant écoulement de bile qui nécessita des pansements journaliers, mais il ne tarda pas à diminuer et était à peine marqué le huitième jour. L'état général alla toujours en s'améliorant depuis l'opération. La température, montée le premier soir à 39°,3, a riva rapidement à osciller autour de 38°. La cavité kystique qui restait encore sous la face inférieure du foie se combla relativement vite, on dut enlever un des tubes à drainage le cinquième jour et raccourcir le second le huitième jour. Le dixième jour qui suivit l'opération, la malade avait de l'appétit et pouvait s'alimenter facilement; elle se leva le quarante-troisième jour et sortit du service le cinquante et unième, avec une petite fistule qui fut tout à fait fermée cinq jours après.

Digitized by Google

Il faut noter encore l'odeur fécaloïde très forte qui s'exhala de la poche pendant trois jours et que les lavages quotidiens au sublimé au 1000e firent disparaître. Déjà signalée dans plusieurs cas, cette odeur paraît tenir à la putréfaction de la bile. La poche contenait 73 hydatides.

Terrier ne croit pas qu'un kyste de ce volume ait évolué d'une façon aussi favorable et aussi rapide avec le traitement par le gros trocart.

Reclus cite un kyste de 33 centimètres de profondeur qu'il a traité, il y a six semaines, par la laparotomie, sans résection à cause des adhérences. La rétraction est en bonne voie.

VI. — Homme de 32 ans. Kyste hydatique du foie très net. Une ponction exploratrice est suivie d'urticaire avec vomissements et fièvre pendant quelques jours. Cette intolérance du péritoine fait repousser les ponctions multiples et l'électrolyse, et choisir la laparotomie qui est faite le 12 décembre par Poulet : incision de 10 centimètres parallèle au rebord des fausses côtes droites; kyste non adhérent attiré au dehors à mesure qu'une ponction aspiratrice le vidait. Après avoir été fixé par deux points, il est largement incisé, vidé, puis excisé en partie et suturé à la paroi abdominale. Aucune injection dans la poche au moment de l'opération; ultérieurement injections phéniquées. Le malade se lève le huitième jour; la vésicule mère est enlevée le douzième. La cicatrisation ne fut complète que le cinquantième jour. La santé est excellente.

La laparotomie rend l'extraction de la vésicule mère plus facile, permet d'éviter les accidents septiques, mais est sans action sur la durée de la cicatrisation, quand il s'agit de kystes intrahépatiques. On peut même se demander si le grattage de la face interne de cette poche, quelquefois très mince, n'est pas dangereux.

Sur 51 cas traités par l'incision, Poulet n'a relevé que 3 morts opératoires, soit 6 0/0 environ. L'incision de Volkmann, en deux temps, n'aurait pas donné un seul cas de mort.

Bouilly signale, à propos de cette discussion, quatre cas dans lesquels il a pratiqué la large incision antiseptique pour des hépatites suppurées, avec un succès variable, mais sans accident dû à l'opération. Il faut savoir que les adhérences sont loin d'être constantes, malgré la présence d'un abcès. M. HACHE.

VII. — Homme de 30 ans. Tumeur volumineuse du côté droit de l'abdomen, saillant sous la peau, à peu près hémisphérique, sans lésion des téguments. Lisse et régulière, facile à circonscrire, sauf à la partie interne où elle plonge sous la ligne blanche dans la profondeur; peu mobile, cette tumeur est manifestement fixée par la contraction du muscle grand droit de l'abdomen. Séparée par une zone sonore du foie et de la rate, cette tumeur donne une certaine sonorité à la percussion profonde, indiquant la présence d'anses intestinales derrière elle. Elastique, résistante et parfaitement fluctuante, elle présente une zone un peu indurée à sa périphérie. Indolence presque complète. État général très bon. Une ponction antérieure a donné un liquide hydatique.

Bouilly diagnostique un kyste hydatique développé dans l'épaisseur du muscle grand droit, à sa face profonde, et se propose de l'extirper.

Pendant l'extraction, la poche se rompt, et il en sort plus d'un litre de pus et une hydatide flétrie. Après évacuation et lavage de la poche, on reconnaît qu'elle est en pleine cavité péritonéale, limitée par le péritoine pariétal en avant, deux anses intestinales en arrière et des adhérences celluleuses latéralement. Lavage phéniqué, drainage, suture. Suites simples, à peine de la suppuration, cicatrisation complète en six semaines. M. HACHE.

Digitized by Google

VIII. — Foubert rapporte 37 observations de splénotomie :

La rate était atteinte d'hypertrophie paludéenne, dans 5 cas (1 guérison); d'hypertrophie simple, 17 fois (5 guérisons); de leucémie, 10 fois (1 guérison); de kyste, tumeur, 5 fois (3 guérisons). Soit 10 guérisons pour 37 cas.

L'auteur étudie les causes qui entraînent une si grande léthalité dans la splénotomie pour tumeurs, c'est-à-dire alors que l'organe est volumineux, malade, que l'état général est mauvais. Il insiste surtout sur l'accident le plus redoutable, l'hémorragie, due parfois à une faute opératoire, due surtout à l'écoulement sanguin continu qui se fait par les adhérences qu'on a détruites, et dont la cause est l'altération du sang (leucémie, paludisme). Chez les leucémiques, on peut penser qu'une intervention précoce donnerait un résultat favorable. MAUBRAC.

The surgical treatment of gall stones (Traitement des calculs biliaires), par Lawson TAIT (*The Lancet, 29 août et 5 septembre* 1885).

Les cas de pierre biliaire peuvent, selon l'auteur, se diviser en deux classes : ceux où le calcul est unique et ceux où ils sont multiples. Dans la première forme, le volume de la pierre est souvent considérable et elle ne peut être éliminée par les voies naturelles; souvent elle détermine une cholécystite suppurative qui se termine par perforation, soit dans l'intestin, soit à la peau; plus souvent elle s'enclave dans l'infundibulum du col de la vésicule et oppose un obstacle absolu à l'évacuation de son contenu, d'où l'hydropisie de la vésicule qui résulte de l'accumulation du mucus sécrété; dans les cas de ce genre, l'opération en elle-même est facile, car la vésicule distendue forme une tumeur volumineuse très aisée à reconnaître ; mais l'extraction du calcul enclavé est souvent fort laborieuse et nécessite une sorte de lithotritie pleine de dangers en raison de la friabilité des parois de la vésicule, dont la moindre déchirure serait mortelle. La seconde forme diffère de la première en ce que les calculs, ordinairement très nombreux, passent dans les voies biliaires, en occasionnant chaque fois des attaques de colique hépatique extrêmement pénibles (aussi les malades ont-ils bien plus à souffrir dans cette variété que lorsqu'il s'agit d'un calcul unique avec hydropisie de la vésicule. D'autre part, la vésicule n'est pas distendue, ou ne l'est que d'une manière intermittente; le diagnostic est donc plus difficile et lorsqu'on s'est décidé à opérer, la vésicule est beaucoup moins aisée à reconnaître. Quand on l'a ouverte, on la trouve remplie de calculs et de graviers biliaires baignant dans une bile épaisse, et de grandes précautions sont nécessaires pour empêcher celle-ci de tomber dans l'abdomen. Enfin, s'il est beaucoup plus facile d'extraire les calculs, toujours relativement peu volumineux, il est à peu près impossible de s'assurer qu'on n'en a pas laissé, auquel cas on s'expose à voir, lorsque la fistule opératoire est guérie et que la sécrétion du mucus a de nouveau distendu la vésicule, se développer une nouvelle crise douloureuse à la suite de laquelle la fistule se rouvre pour livrer passage à une grande quantité de liquide filant incolore; cet accident peut se renouveler périodiquement si la cicatrice opératoire n'est pas capable de supporter la pression nécessaire pour faire progresser le calcul jusque dans l'intestin. Dans un cas de ce genre, le calcul oublié avait

Digitized by Google

cheminé jusqu'au canal cholédoque et s'était enclavé à ce niveau, de sorte que toute la bile produite venait s'épancher au dehors par la fistule rouverte, et que le malade s'épuisait par cette spoliation continue; Lawson Tait fut assez audacieux et assez heureux pour écraser le calcul à travers les parois du canal et pour faire cesser ainsi les accidents.

Le manuel opératoire de la cholécystotomie tel qu'il a été arrêté par l'auteur, peut se résumer comme il suit. Après avoir reconnu la situation de la scissure hépatique, on fait une incision verticale depuis le rebord des fausses côtes, en passant par ce point, et on divise les tissus soigneusement couche par couche jusqu'au péritoine. Celui-ci est saisi avec deux paires de pinces et on y fait une boutonnière assez grande pour livrer passage à l'index, à l'aide duquel on va à la recherche de la vésicule biliaire, qui est souvent malaisée à trouver; généralement on la reconnaît à la présence des calculs, qui se sentent très bien à travers ses parois. Quand on la tient, on commence par la ponctionner si elle est distendue, puis on l'ouvre avec des ciseaux de manière à pouvoir y introduire le doigt; les bords de l'ouverture sont saisis avec des pinces et les artérioles sont liées. On évacue ensuite les calculs avec une curette ou avec le doigt et on applique une suture continue de manière à unir exactement les bords de la plaie de la vésicule à ceux de la boutonnière péritonéale, les deux surfaces séreuses s'affrontant le plus parfaitement possible. On place ensuite dans la fistule un tube à drainage en caoutchouc et on le maintient pendant 6 ou 7 jours, jusqu'au moment où les adhérences sont assez établies pour permettre d'enlever les fils de suture. A partir de ce moment, la plaie se cicatrise avec rapidité et si la totalité des calculs a été enlevée, le malade est bientôt guéri. Si au contraire la fistule se rouvre au bout de quelque temps pour laisser échapper du mucus ou de la bile, cela veut dire qu'on a oublié un calcul qui s'est enclavé dans les voies biliaires et les obstrue; on s'efforcera de l'écraser indirectement à travers les parois du canal, ou on prendra telle autre mesure suggérée par les particularités du cas.

Lawson Tait a déjà pratiqué seize fois la cholécystotomie, sans un seul cas de mort, ce qui prouve que l'opération bien faite n'est pas en elle-même très grave. Quant aux 50 à 60 0/0 d'insuccès obtenus par d'autres chirurgiens, l'auteur n'hésite pas à les attribuer au manque d'expérience des opérateurs.

H. BARTH.

Coexisting renal and biliary calculi, cholecystotomy, par A. WRIGHT (*The Lancet*, 28 *mars* 1885).

Un homme de 44 ans, bien portant, non alcoolique, souffrait depuis deux ans d'accès douloureux intermittents dans la région lombaire et dans l'aine droite, avec urines troubles. A son entrée, on le trouve pâle, maigre, incapable de tout effort; il accuse une douleur fixe en un point situé à égale distance du rein droit et de la vessie; quelquefois sensibilité dans la région lombaire du même côté. Miction facile et non douloureuse; urines fortement alcalines et chargées de phosphates, ne contenant ni sang ni albumine. Fonctions digestives régulières; jamais de jaunisse ni de troubles du côté du foie. Sensibilité à la pression au siège de la douleur, mais pas de tumeur appréciable; rénitence douloureuse sans tuméfaction au niveau du rein droit. On diagnostique un calcul de l'uretère. Une incision exploratrice est pratiquée dans la région lombaire droite; en atteignant le rein, on constate

Digitized by Google

qu'il n'est pas augmenté de volume, mais présente une dureté anormale au niveau du bassinet; l'incision ayant été prolongée en bas pour explorer l'uretère on découvre une masse dure se déplaçant avec la respiration. On croit avoir affaire à un calcul urétral enkysté et on l'amène non sans difficulté jusque dans la plaie. La poche incisée, on reconnaît un calcul biliaire enfermé dans la vésicule; ce calcul atteignait le volume d'un œuf de pigeon. Comme sa situation répondait assez exactement à celle de la douleur accusée par le malade, on ne pousse pas plus loin les recherches, on fixe la vésicule ouverte aux bords de la plaie opératoire et on termine l'opération. Le second jour, des symptômes de péritonite aiguë font leur apparition et le malade succombe en quarante-huit heures.

A l'autopsie, on trouve la cavité péritonéale remplie d'exsudats fibrino-purulents, le foie porté en bas, la vésicule biliaire unie par des adhérences anciennes à la paroi abdominale non loin de la fosse iliaque, et fixée d'autre part à la plaie lombaire par des sutures et des adhérences récentes; elle ne contenait ni bile ni calculs biliaires et le canal cystique était parfaitement perméable. Le rein droit présentait dans son bassinet un calcul d'acide urique, un calcul pyramidal du volume d'une noisette, correspondant au point dur observé pendant l'opération; il y avait un certain degré de pyélite.

H. BARTH.

I. — **Ueber Laparotomie bei Perforation des Magens und Darmes (Laparotomie dans les perforations de l'estomac et de l'intestin), par MIKULICZ** (*Sammlung klin. Vorträge*, n° 262).

II. — **Penetrirende Bauchwunde, zwei penetrirende Brustwunden (Plaie pénétrante de l'abdomen avec deux plaies pénétrantes de poitrine), par GORHAN** (*Wiener med. Presse*, n° 47, 1885).

III. — **Pistolshot wound of the stomach (Plaie de l'estomac par coup de pistolet), par John HINTON** (*New York med. journ.*, *p.* 201, 1885).

IV. — **Laparotomy in the treatment of penetrating and visceral injuries wounds of the abdomen (Laparotomie dans les plaies pénétrantes de l'abdomen), par Frederic S. DENNIS** (*Medical News*, 27 *février* 1886).

V. — **Fall von chronischer exsudativer Peritonitis mit Laparotomie und Drainage, par COURVOISIER** (*Corresp.-Bl. f. schw. Aerzte*, *XIV*, *n°* 11, *p.* 270).

VI. — **Permanent drainage in ascites, par Aug. CAILLÉ** (*New York med. journ.*, *p.* 233, 1886).

I. — Après un historique rapide de la question, Mikulicz rapporte trois observations personnelles :

1° Rupture de l'estomac au niveau de la petite courbure. Laparotomie et suture. Mort au bout de 3 heures.

2° Péritonite suppurée par perforation de l'appendice vermiculaire. Laparotomie qui ne permet pas le diagnostic. Mort au bout de 5 jours.

3° Homme de 40 ans. Accidents subaigus. Opération 72 heures après le début des accidents, avec le diagnostic d'étranglement interne. Après l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule un litre de pus fétide contenant des débris de pommes de terre; quelques adhérences intestinales; on découvre sur l'intestin grêle une perforation de 6 centimètres sur 4 située sur le bord libre, avec injection périphérique et tuméfaction des ganglions mésentériques. L'excision des bords de l'ulcération donne une perte de substance d'environ 20 millimètres sur 15, qui est réunie en long par 12 points de suture à la soie; la lumière de l'intestin est assez notablement rétrécie à ce niveau : ce

Digitized by Google

qui n'a pas paru avoir d'inconvénient. Réunion de l'incision cutanée sans drainage. L'anse suturée avait été lavée avec une solution phéniquée au 20e, le reste de l'abdomen nettoyé avec des éponges. A la suite de cette opération, les accidents généraux disparaissent, mais, le 5e jour, la plaie cutanée dont les bords sont sphacélés se rouvre et donne issue à du pus odorant. La réunion de cette plaie, au fond de laquelle on voit une anse intestinale est assez lente à obtenir. Mais, au bout de 9 semaines, la guérison était parfaite et le malade pouvait reprendre son métier de boucher. Il a été revu plus d'un an après, toujours bien portant.

L'auteur est un partisan résolu de la laparotomie pour les péritonites par perforation ; il reconnait que la plus grave objection est la difficulté du diagnostic qui ne peut souvent être fait que quand la péritonite est déclarée. Il cherche à mettre en relief les signes qui permettent quelquefois de le poser, notamment la présence précoce de gaz dans la cavité péritonéale. Du reste, la péritonite déclarée n'est pas une contre-indication à l'opération, et son intensité même ne doit pas arrêter la main du chirurgien, à moins que le malade ne soit sans pouls et la température au-dessous de 36°, il ne faut pas prendre pour une dépression terminale les phénomènes du choc nerveux. D'ailleurs, quand même le diagnostic serait douteux, la péritonite, quelle que soit sa cause, ne peut qu'être améliorée par la laparotomie, et si une opération exploratrice est excusable, c'est bien dans les cas de ce genre où la vie est menacée à bref délai. Il faut se défier cependant des péritonites de cause générale qui peuvent survenir dans le rhumatisme polyarticulaire, dans l'exanthème aigu et les autres maladies infectieuses, dans la pyémie, et quelquefois dans le cours du mal de Bright et du scorbut; ces péritonites ne sont pas justiciables de la laparotomie. Il en est de même pour la péritonite sans perforation de la fièvre typhoïde, dont le pronostic est relativement favorable. Dans cette maladie on pourra opérer utilement les perforations survenues pendant la convalescence; on ne touchera pas, bien entendu, à celles qui surviendront à la période terminale de la maladie.

Relativement au manuel opératoire, Mikulicz présente des considérations intéressantes.

A moins d'indications de siège précises et particulières, l'incision doit être faite sur la ligne médiane entre l'ombilic et la symphyse. Opère-t-on pour une blessure récente, il faut arrêter l'hémorragie et débarrasser le péritoine des liquides qu'il peut contenir, en évitant les antiseptiques forts qui exposent à la dépression; une solution de sel marin à 6 0/00 est très bonne pour la toilette du péritoine.

Les hémorragies des parenchymes, comme le foie et la rate, pourront réclamer l'emploi du thermocautère. La recherche de la perforation peut être très difficile et demande une grande méthode. Quand on ne trouve pas la cause d'une péritonite, il faut toujours penser au cœcum et à son appendice et les explorer.

Pour la suture de la perforation, après résection jusqu'aux parties saines, Mikulicz ne dit rien de spécial. Quand la suture est étendue, il discute le précepte de Bouilly qui conseille de laisser une fistule de sûreté, et ne croit pas cette précaution nécessaire à condition de mettre un drain péritonéal aboutissant près de l'anse suturée. Le drainage, en effet, dangereux quand le péritoine est sain comme dans l'ovariotomie, ne peut avoir que des avantages quand il y a péritonite et l'auteur se reproche

Digitized by Google

de ne pas l'avoir employé dans le cas que nous avons résumé, où il aurait abrégé la guérison, et surtout dans un autre où il aurait peut-être évité l'issue fatale.

Il peut être bon quand il y a péritonite septique de réunir isolément le péritoine par une suture à points continus qu'on saupoudre d'iodoforme, et la paroi, pour éviter l'infection et la désunion de la plaie.

MAURICE HACHE.

II. — Ce fait est remarquable par l'existence d'une division complète de l'intestin grêle.

Homme de 29 ans, frappé trois fois, dans une rixe, par des armes piquantes, présentant deux plaies pénétrantes de poitrine et une plaie de l'abdomen longue de 9 centimètres. Cette plaie donne issue à l'épiploon et à la plus grande partie de l'intestin, qui est rouge foncé et animé de mouvements péristaltiques. L'iléon a été, sur un point, complètement sectionné; les deux segments ne sont plus unis que par un pont étroit de péritoine.

Le blessé a conservé toute sa connaissance.

Une heure environ après l'accident, l'auteur pratique une lotion phéniquée des organes procidents, réunit les deux lambeaux d'intestin à l'aide de sept points de suture, résèque une partie de l'épiploon puis, après une toilette minutieuse, replace le tout dans la cavité abdominale. Suture de la paroi, sans drainage. Pansement antiseptique. Pansement à la gaze iodoformée des plaies de poitrine. Laudanum à l'intérieur.

Le lendemain, vomissements, ischurie. Emphysème sous-cutané à la poitrine.

Le quatrième jour, selle copieuse. Suppuration de la plaie abdominale au niveau du tiers supérieur, les deux tiers inférieurs s'étant réunis par première intention.

Guérison au bout de 3 semaines. L. GALLIARD.

III. — Un jeune homme de 21 ans reçoit, presque à bout portant, un coup de pistolet dans le dos, quelques minutes après son déjeuner. L'orifice d'entrée de la balle est au-dessus de la 10e côte, à 5 pouces du bord gauche du rachis. En avant, la balle se sentait sous les téguments, à 2 pouces de la ligne médiane, et à 3 pouces de l'ombilic.

Vomissement de sang et d'aliments une demi-heure après l'arrivée à l'hôpital. Occlusion de la plaie, et, 3 heures plus tard, ablation de la balle qui avait nettement traversé le cartilage sous-jacent. Glace, injection de morphine, alimentation purement rectale pendant 4 jours.

Nouvelles hématémèses le second et le troisième jour.

Dès le 4e jour, on recommence peu à peu l'alimentation stomacale. Malgré la suppuration des deux plaies, aucune complication, pas de péritonite. Etat très satisfaisant au bout d'un mois, malgré un amaigrissement de 20 livres.

Au 40e jour, cicatrisation parfaite, le malade a regagné 10 livres, et est définitivement guéri.

Des expériences faites par l'auteur ont montré que l'estomac du blessé avait dû être perforé de part en part par le projectile.

A. CHAUFFARD.

IV. — Long mémoire riche en observations personnelles, dans lequel l'auteur étudie la laparatomie pour les plaies pénétrantes par instruments tranchants, par armes à feu, pour les ruptures de l'intestin.

D. présente d'abord 2 malades :

1° Homme, 22 ans, blessé à l'abdomen par un couteau. Par la plaie, une anse d'intestin longue de 12 pouces fait hernie; une perforation de l'intestin laisse échapper des matières fécales; il existe une seconde blessure qui n'atteint que les enveloppes séreuse et musculaire; suture des deux plaies

Digitized by Google

au catgut (Czerny-Lembert); quelques pouces d'intestin sont attirés au-dehors pour s'assurer de leur intégrité : lavage des parties herniées au sublimé; réduction. Guérison.

La hernie de l'intestin aussitôt après la blessure est favorable, car elle rend le diagnostic certain, les matières fécales tombent en dehors de la cavité péritonéale, et le traitement s'impose.

2° Homme, 57 ans : blessure dans la région ombilicale; hernie de l'épiploon; pas de vomissements; pouls faible et rapide. Laparotomie 3 heures après l'accident. Par une grande ouverture médiane, l'intestin grêle est tiré tout entier hors de la cavité abdominale; le colon, jusqu'au rectum, l'estomac sur ses deux faces sont examinés avec soin. On ne trouve pas de blessure de ces organes qu'on replace après lavage dans l'abdomen. Guérison.

La laparatomie n'était pas nécessaire, mais on n'en a été certain qu'après l'opération. L'auteur s'est déterminé à pratiquer cette laparotomie exploratrice comme moyen de diagnostic d'après l'étude de cas observés antérieurement et dans lesquels l'opération eût pu sauver le patient; entre autres, il cite :

3° Plaie de l'abdomen par stylet. Hernie de l'épiploon par la plaie longue de 2 pouces 1/2; emphysème autour de la plaie; ligature de l'épiploon; mort de péritonite par perforation de l'intestin.

4° Plaie de l'abdomen; hernie de l'épiploon; ligature et excision; mort en 48 heures par perforation double du jéjunum.

5° Plaie au-dessus du canal inguinal, à 2 pouces de la symphyse du pubis; la plaie est suturée et le malade rentre chez lui. Le lendemain la blessure s'est réouverte, et au-dessus on constate une tumeur manifeste; signes de péritonite; mort en 24 heures. A l'autopsie, on trouve un étranglement interne à 8 pouces au-dessus de la valvule iléo-cœcale; 3 pouces de l'intestin étaient gangrenés.

Pour expliquer ce volvulus, l'auteur admet que l'intestin excité par l'instrument vulnérant peut être le siège de mouvements péristaltiques irréguliers et subits qui déterminent une torsion de l'organe sur son axe. Alors même que l'intestin ne serait pas blessé, la laparotomie est nécessaire pour la guérison de cet accident que les plaies pénétrantes doivent produire souvent.

Dans les deux cas suivants, on est intervenu :

7° H..., 25 ans. Blessure par coups de canif du scrotum, dans lequel était une hernie non réduite; le doigt introduit dans la plaie trouve le scrotum vide et la hernie réduite; le lendemain une nouvelle exploration indique un épanchement de matières fécales dans l'abdomen. L'incision est agrandie; on trouve 2 plaies de l'intestin; on résèque la partie blessée, et on enlève de l'abdomen une grande quantité de matières fécales. Le patient réagit, se trouve mieux qu'avant l'opération, mais bientôt s'affaisse et meurt le même soir; l'épanchement de matières fécales est la cause principale de la mort.

8° H..., 22 ans. Blessure au-dessus de la crête iliaque gauche; le diagnostic de plaie de l'intestin est évident (matières fécales, gaz); laparotomie sur la ligne médiane, qui fait découvrir cinq blessures sur le jéjunum et l'iléon. On suture, le malade reagit et survit 40 heures à l'opération. On trouva du sang épanché en grande quantité.

Dans ces deux cas, les sutures avaient résisté, et à l'autopsie on ne trouva pas de plaie qui eût passé inaperçue durant l'opération.

Dennis cite deux cas, 9 et 10, de hernie de l'intestin, sans plaie, et qui ont guéri, après lavage et réduction de la partie herniée (cinq pieds d'intestin dans l'obs. 9), et une plaie pénétrante de l'estomac avec guérison.

Digitized by Google

11° H..., 50 ans. Plaie par grand couteau de boucher qui a pénétré dans le 7e espace intercotal, au-dessous du mamelon. Le malade vomit du sang en abondance, et pendant plusieurs jours; on le ranimait à l'aide d'injections d'alcool, de lavements de lait alcoolisé; 12 jours après l'accident il put prendre de la nourriture par l'estomac. Guérison.

L'auteur a relevé 15 cas d'intervention par d'autres chirurgiens.

Les plaies par armes à feu sont la seconde indication de la laparatomie : voici deux faits avec intervention :

12° H..., 33 ans. Balle pénétrant à un pouce au-dessous du sternum. L'exploration montre que la balle est logée dans l'abdomen. La laparatomie est aussitôt décidée; on trouve une blessure sous la face inférieure du foie, saignant abondamment, et on pense qu'une grosse veine de la scissure transverse a été atteinte. La cavité péritonéale est pleine de sang. On ne trouve pas de perforation de l'intestin. Le patient était très faible, sans pouls, ce qui oblige à suspendre l'opération. Le patient se ranime un peu; alors par la radiale que l'on incise (il ne s'en écoule pas de sang), on injecte 12 onces de la solution saline de Mikulicz; toutes les quatre heures, on faisait une nouvelle injection par la canule laissée en place. Mort 48 heures après l'opération. L'intestin n'avait pas été atteint; la balle avait pénétré dans le foie, blessé la veine porte et d'autres vaisseaux dans la scissure transverse.

13° H..., 36 ans. Balle de revolver à 1/2 pouce à gauche de l'ombilic. Laparotomie : on trouve 7 plaies de l'intestin qu'on suture et une perforation du mésentère; mais il se fait une hémorragie abondante par des troncs veineux, profonds, impossible à réprimer; le malade étant très faible, on réduit en hâte et on suture la plaie. Mort au bout de 48 heures. La balle avait blessé les veines iliaques; les sutures étaient en bon état.

On n'avait pu découvrir l'origine du sang tant l'hémorragie était abondante et rapide; en pareil cas, on pourrait essayer d'établir une pression mécanique sur la colonne vertébrale et un tourniquet autour de chaque cuisse, pour permettre au chirurgien d'intervenir.

Voici maintenant une série de faits dans lesquels il est permis de supposer qu'une opération parfaitement justifiée aurait pu éviter la mort du patient :

14° Coup de pistolet dans l'abdomen. Mort 2 jours après. On trouve la cavité péritonéale pleine de gaz et de sang. L'intestin agglutiné avec de la lymphe est perforé en 10 endroits; pas d'extravasation de matières fécales.

Il n'y eut pas de signes positifs de blessure de l'intestin, si ce n'est un peu de temps avant la mort; leur absence, malgré des perforations nombreuses, indique bien que la laparotomie exploratrice doit être pratiquée dans ces faits douteux; dans le cas précédent, l'absence d'épanchement fécal était très favorable pour une intervention. L'auteur a relevé 7 faits avec opération dus à d'autres chirurgiens.

La 3e indication est la rupture traumatique de l'intestin; dans 6 cas qu'il a observés, tous terminés par la mort, Dennis croit que le malade n'aurait pu que retirer un grand bénéfice de l'opération. Le diagnostic des lésions viscérales très difficile peut se porter d'après l'étude des signes suivants, soigneusement examinés et discutés dans ce mémoire :

L'emphysème, l'épanchement de matières fécales sont des signes positifs. Le choc est presque constant; son absence ne doit pas faire écarter la possibilité de lésion viscérale; persistant, intense, c'est un puissant élément de diagnostic. Plus apparent que réel, simple manifestation d'une dépression du grand sympathique, il ne doit pas plus arrêter l'intervention dans le cas de blessure de l'intestin que dans le cas de hernie

Digitized by Google

étranglée ; le choc disparaît après l'opération comme il disparaît après un débridement herniaire.

Il est d'autres signes de moindre certitude qui facilitent le diagnostic : c'est le tympanisme de la région hépatique (signe non absolu), le météorisme soudain qu'on peut difficilement différencier de la tympanite par péritonite aiguë, la température basse, le pouls rapide, faible, une douleur nettement localisée, les vomissements, les selles sanglantes, la rétention d'urine, l'anxiété, la respiration rapide et superficielle, la péritonite aiguë.

De cette étude, il se dégage comme conclusions : que dans les plaies pénétrantes de l'abdomen par armes à feu ou instruments tranchants (ces dernières étant moins graves) la laparatomie est indiquée lorsque l'intestin ou un autre organe a été blessé, ou lorsque l'intestin est sain mais qu'un volvulus a pu se produire. Si le diagnostic est douteux (les signes peuvent absolument manquer (obs. 14), on pratiquera alors la laparotomie, qui bien faite n'offre pas par elle-même de grands dangers ; seule, elle peut sauver le patient.

L'exploration par la blessure, même agrandie, n'est ni facile, ni complète ; mieux vaut l'incision de la ligne blanche, sauf indications spéciales.

Pour les ruptures traumatiques, les mêmes principes sont applicables ; mais ici le siège de la rupture est presque toujours le petit intestin, ce qui rend l'intervention moins difficile, et la contraction des deux bouts de l'intestin divisé peut prévenir l'épanchement de matières fécales, et la péritonite pendant quelque temps ; la mort est souvent causée par l'hémorragie et le choc.

Dans la discussion qui suivit, ces conclusions furent admises par J. Bryant, par Gouley ; ce dernier cite cependant deux cas où on n'est pas intervenu, terminés par guérison :

1° Un soldat eut l'abdomen perforé d'un coup de baïonnette ; on ignore quels organes furent atteints ; point d'opération, guérison sans accident.

2° Coup de pistolet dans l'abdomen ; le lobe droit du foie, le lobe inférieur du poumon sont atteints, et la bile s'écoule mélangée au pus ; guérison sans intervention. MAUBRAC.

V. — Courvoisier pense être le premier à avoir fait l'opération suivante :

A la suite d'une fièvre typhoïde, une jeune fille sans hérédité morbide a successivement des vomissements, une pleuropneumonie et enfin un épanchement abdominal enkysté remontant jusqu'au nombril et accompagné de fièvre. Sa sœur aînée a succombé dans les mêmes circonstances, malgré une ponction, à une péritonite par perforation que l'autopsie a révélée comme étant de nature tuberculeuse.

Chez la cadette, une ponction donne issue à 2,400 centimètres cubes de liquide qui se reproduit.

Laparotomie : écoulement de 4 litres 1/2 ; drainage de la plaie. Rétablissement avec formation d'une hernie ventrale sur la ligne blanche.

Dans la discussion, Oeri rappelle que Bischoff a fait la même opération chez une accouchée qui a néanmoins succombé. J. B.

VI. — Caillé a eu l'idée de pratiquer le drainage de la cavité abdominale chez un malade atteint de cirrhose du foie, et qu'il avait déjà ponctionné neuf fois pour son ascite. Il fit une incision d'un pouce de long sur la ligne blanche, au-dessous de l'ombilic, et introduisit un tube (un pouce de profon-

Digitized by Google

deur) dans la cavité péritonéale, en le fixant à l'intérieur. Pansement antiseptique. Au bout de quelques jours développement d'un érythème eczémateux de l'abdomen et des cuisses dû à l'écoulement du liquide et qui céda à un pansement approprié. Disparition rapide de l'anasarque. Pendant neuf mois le malade put vaquer à ses occupations. Il mourut à ce moment par arrêt du cœur.

Deux à trois pintes de liquide étaient excrétées journellement; peu à peu le liquide diminua et cessa de couler sans que l'ascite revînt. A l'autopsie, cirrhose du foie, hypertrophie cardiaque, pas de péritonite.

Chez un second malade, alcoolique, cirrhotique, ayant du purpura, des vomissements, un état fort grave, la même opération amena un soulagement marqué. Au bout de trois semaines, épistaxis grave qui nécessite le tamponnement du nez. Tous les troubles généraux disparurent peu à peu et le malade vécut assez longtemps sans voir réapparaître l'ascite.

Dans la discussion, Jacobi dit que la nature se charge quelquefois du même travail en produisant une fistule le plus souvent ombilicale.

Un malade qu'il a observé dans ces conditions perdit 50 livres de son poids et sortit de l'hôpital dans un état satisfaisant.

Chez une jeune femme de 23 ans, on fit une laparotomie, croyant à un kyste, il s'agissait d'une ascite. On laissa un drain à demeure pendant six semaines. Le liquide disparut tout à fait, mais l'ascite revint plus tard.

Chez un 3e malade, Jacobi fit le drainage de propos délibéré pour une ascite chez un cirrhotique. La quantité de liquide évacué d'abord très considérable, devint de moins en moins forte. Le malade finit par mourir d'épuisement. Il n'existait pas trace de péritonite. A. C.

I. — Étude sur les fibromes de la paroi abdominale antérieure, par DAMALIX (*Thèse de Paris*, 1886).

II. — Lipomes du mésentère, par TERRILLON (*Bull. de la Soc. de Chir.*, *t. XII*, *p.* 23-31).

III. — Tumeurs du mésentère, par PÉAN (*Gaz. des hôp.*, 1er *avril* 1886).

IV. — Extirpation eines malignen Netztumors (Extirpation d'une tumeur maligne de l'épiploon), par H. BRAUN (*Deutsche med. Woch.*, *n*° 46, 1885).

I. — De siège variable, les fibromes de la paroi abdominale siègent surtout au niveau des fosses iliaques, tantôt dans le tissu cellulaire sous-cutané, tantôt au milieu des muscles, tantôt sous le péritoine auquel ils peuvent même adhérer. Quelquefois pédiculées, ces tumeurs fibreuses s'attachent alors surtout soit à l'épine iliaque antérieure et supérieure, soit à la moitié externe de l'arcade crurale. Ces tumeurs contiennent assez souvent une ou plusieurs cavités kystiques. Le microscope les montre composées de tissu fibreux au milieu duquel on rencontre de petits noyaux et des cellules plasmatiques avec prolongements. Panas a trouvé, dans un cas, des fibres musculaires lisses; enfin il peut exister, disséminées au milieu des éléments conjonctifs, des cellules fuso-cellulaires et globo-cellulaires, qui font penser que les tumeurs peuvent subir une transformation sarcomateuse et marcher vers la malignité.

Ces tumeurs se rencontrent surtout chez les femmes et débutent pendant la vie sexuelle. Ordinairement longtemps stationnaires, puis tout d'un coup et rapidement progressives, ces tumeurs ne récidivent pas quand elles sont radicalement enlevées. Le diagnostic est généralement

Digitized by Google

facile, mais les connexions avec le péritoine ne peuvent pas être reconnues avant l'opération.

Quand l'adhérence de la tumeur au péritoine est trop intime pour que le décollement soit possible, il ne faut pas hésiter à ouvrir le péritoine et à en réséquer même une certaine étendue, plutôt que de faire une opération incomplète qui expose à une récidive locale. Si même la destruction du péritoine doit être d'une étendue telle que les deux lambeaux ne puissent être réunis de façon à reconstituer la continuité de la séreuse pariétale, l'opération n'en est pas moins autorisée par les expériences de Skifossowski et de Sänger, qui ont montré que la guérison était possible dans ces conditions. (Voy. *R. S. M.*, XXVI, 720.)

II. — Homme de 35 ans. Douleurs rhumatismales et augmentation de volume du ventre depuis trois ans. Deux ponctions sans résultat en mai 1854. État général grave, maigreur extrême. Terrillon le voit à la fin de juillet : Ventre énorme (126 centimètres de circonférence), sans bosselures appréciables à la vue. Circulation veineuse complémentaire très développée. La palpation permet de sentir des parties dures, assez consistantes, qui occupent la région sus-hépatique et la region sus-pubienne, surtout à droite ; le reste de la tumeur donne la sensation d'une fluctuation assez manifeste avec tremblotement, mais flot peu distinct. Les intestins sont complètement refoulés à gauche sous le diaphragme. Miction normale. Défécation peu gênée. Pas d'œdème des jambes. Ponction aspiratrice sans aucun résultat.

L'état général se relevant un peu et la tumeur paraissant bénigne, son ablation est tentée le 30 septembre.

On trouve la tumeur entièrement recouverte par un feuillet du mésentère, et l'on reconnaît un lipome à lobules volumineux, séparés par des cloisons incomplètes, mais non isolables. Décortication assez pénible, la tumeur ne se laissant pas morceler. Restait une large poche à surface sanguinolente formée par les débris du mésentère ; ces derniers furent en grande partie liés et réséqués, puis la surface fut nettoyée et imbibée de solution phéniquée forte. Suture de l'abdomen. Compression énergique. La tumeur pesait 57 livres. Le malade mourut d'épuisement le trente-deuxième jour.

A l'autopsie, on trouva une péritonite chronique non purulente, mais adhésive avec ascite et adhérence des intestins entre eux et à la colonne vertébrale. Absence de mésentère. Entérite très marquée.

D'après cette observation et 14 autres qu'il a pu réunir, dont il donne l'indication, Terrillon résume les principaux caractères de ces tumeurs peu connues.

Leur volume est ordinairement considérable, leur développement assez rapide. Elles naissent au-devant ou sur le côté de la colonne lombaire et s'insinuent en se portant en avant entre les deux feuillets du mésentère qui leur forme une enveloppe en s'épaississant. La masse des intestins est repoussée dans le flanc opposé et bientôt sous les fausses côtes ; souvent la tumeur se met en contact plus ou moins intime avec l'intestin dans une certaine étendue, de là vient la difficulté qu'on a à les séparer. La tumeur peut s'insinuer sous le péritoine latéral, de telle sorte que le gros intestin soit en avant d'elle, ainsi que cela se constate dans les tumeurs du rein. L'ascite est rare. La compression de tous les organes abdominaux doit être la cause principale de l'amaigrissement rapide et de la cachexie. Souvent la tumeur envahit la cavité pelvienne et semble avoir des connexions vagues avec l'utérus ou les organes voisins. Aussi, chez la femme, ces lipomes ont-ils toujours été pris pour

Digitized by Google

des kystes de l'ovaire. Le diagnostic n'a d'ailleurs jamais été fait avant l'opération ou l'autopsie.

La nature de ces tumeurs a un peu varié : lipome pur, myxo-lipome, stéatome, transformation calcaire ou osseuse partielle. Peu vasculaires dans leur épaisseur, leur surface est sillonnée de gros vaisseaux qui les unissent au mésentère et rendent leur ablation laborieuse. Cette dernière a toujours été difficile; elle laisse à sa suite une surface cruentée énorme. On a essayé de drainer cette cavité, mais sans succès, et le plus souvent on a refermé le ventre comme après l'ovariotomie.

La mortalité est grande après l'ablation. Elle parait surtout due aux désordres graves des vaisseaux mésentériques qui rendent très difficile l'absorption intestinale. Il faut tenir compte aussi de la déchirure inévitable des filets du grand sympathique. Plusieurs malades sont morts rapidement de choc ou d'épuisement; d'autres de péritonite. Quelques-uns ont vécu dix à trente jours et ont succombé à des phénomènes intestinaux. Sur huit opérations, il n'y a eu que deux succès, un, dû à Madelung, dans lequel il s'agissait d'un lipome de l'épiploon et du mésentère, plus facile à enlever, et l'autre dû à Péan (Voy. ci-après).

M. HACHE.

III. — Femme de 30 ans, mère de deux enfants. Après son dernier accouchement, elle vit le ventre grossir peu à peu; sa santé s'altéra. On trouvait dans l'abdomen une tumeur énorme, pâteuse, donnant une fausse sensation de fluctuation. Laparotomie. Dès que la cavité péritonéale fut ouverte, on reconnut qu'il s'agissait d'un lipome développé aux dépens du mésentère. L'énucléation fut laborieuse, en raison des énormes vaisseaux qui la rattachaient aux organes voisins. L'ablation put se faire sans morcellement. Dans le cours de l'opération, on trouva que l'utérus était augmenté de volume; en rapprochant ce détail de l'aménorrhée remontant à trois mois, on soupçonna que la malade était enceinte. La malade guérit rapidement et la grossesse suivit son cours normal. A. G.

IV. — Un manœuvre de 34 ans éprouve depuis trois mois des douleurs aux hypochondres, il a vomi, maigri, et perdu ses forces. Il porte au milieu de l'abdomen une tumeur arrondie, solide, grosse comme une tête d'adulte, médiocrement mobile; ascite peu abondante, sanguinolente; œdème des jambes et des bourses.

Le 24 août 1882, l'auteur incise la paroi sur une longueur de 12 centimètres; il a d'abord à pratiquer 14 ligatures pour saisir les veines dilatées qui fournissent du sang en abondance; par l'ouverture du ventre s'écoulent 4 litres de liquide brun foncé. Peu d'adhérences de la tumeur. 4 ligatures en masse de l'épiploon au voisinage du côlon transverse. Excision. Sutures.

La tumeur a 27 centimètres de long, 20 de large, 12 d'épaisseur. C'est un myxo-sarcome cystique.

Le 22 septembre, le malade quitte l'hôpital, guéri en apparence. Ce sujet, qui, sans l'opération, paraissait voué à une mort prochaine, a vécu 13 mois. Mort le 18 septembre 1883. L. GALLIARD.

I. — On the Treatment of acute general peritonitis by abdominal section, par Frederick TREVES (*The Lancet*, 14 *mars* 1885).

II. — A case of abdominal section for acute circumscribed peritonitis, par Howard MARSH (*Medico-chir. Trans.*, *LXVIII*, *p.* 185).

III. — Case of bullet wound (penetrating) of the abdomen, with numerous

Digitized by Google

perforations of the intestines treated by abdominal section, par Thomas ANNANDALE (*The Lancet*, 25 *avril* 1885).

I. — L'auteur s'appuyant sur un certain nombre de faits dans lesquels la laparotomie, faite en raison d'une erreur de diagnostic sur un péritoine enflammé, a été suivie de guérison, propose d'établir pour la péritonite aiguë généralisée la même méthode de traitement qui est employée pour d'autres inflammations diffuses, à savoir l'incision et le drainage.

Une femme de 21 ans fut admise au London Hospital le 21 janvier 1884 pour une pelvi-péritonite chronique. Le 25 février, trois mois après le début de la pelvi-péritonite, on vit tout à coup se développer tous les signes d'une péritonite aiguë généralisée; ces symptômes étaient dus, comme on put s'en convaincre par la suite, à la rupture d'un abcès formé dans la fosse iliaque gauche et à l'épanchement dans la cavité du ventre d'une grande quantité de pus fétide. Le 26 l'incision abdominale fut pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques. L'aspect du péritoine était bien celui de la péritonite aiguë : les anses intestinales congestionnées, légèrement adhérentes entre elles, étaient à demi recouvertes de flocons fibrino-purulents et nageaient dans un liquide louche. La totalité de la cavité péritonéale fut lavée et nettoyée à grande eau et un drain fut introduit. La malade guérit. H. BARTH.

II. — L'observation de Marsh a trait à un jeune homme de 19 ans, étudiant en médecine, qui, au bout de quelques jours de constipation, prend un purgatif et qui est pris de violentes douleurs du péritointe. Au bout de dix jours, la situation s'aggravant, il entre à l'hôpital; on constate, outre les signes généraux d'une péritonite grave, une tuméfaction circonscrite et très douloureuse du flanc gauche au-dessous de l'ombilic, avec rougeur et empâtement œdémateux des téguments, comme s'il y avait un abcès sous-péritonéal. L'opération est décidée, et quelques heures avant de l'exécuter, le malade tombe dans un tel état de collapsus qu'il semble pour ainsi dire moribond. La laparotomie est pratiquée d'urgence et il s'échappe de la cavité péritonéale trois pintes de pus extrêmement fétide, dont on ne put découvrir l'origine. Après lavage du péritoine à l'acide phénique (à 1/60), la cavité de l'abcès est drainée, pansée antiseptiquement et le malade tenu sous l'influence de l'alcool et de l'opium. Malgré des accidents de collapsus fort graves quelques heures après l'opération, le mieux ne tarda pas à s'établir et le malade, opéré le 20 décembre, allait franchement bien le 4 janvier. Le 7 mars, la guérison était complète.

L'auteur pense que cette péritonite circonscrite provenait d'un foyer suppuré ancien de ganglions mésentériques rompu dans la cavité abdominale. H. R.

III. — Un jeune garçon de 15 ans reçoit dans le ventre un coup de revolver tiré presque à bout portant; il peut faire quelques centaines de pas en comprimant sa blessure avec la main, jusqu'à une maison d'où il est immédiatement transporté à la Royal Infirmary d'Edimbourg. On reconnaît une plaie pénétrante de l'abdomen située à 4 centimètres au-dessous de l'ombilic, à 1 centimètre à gauche de la ligne blanche; pas de trou de sortie. On donne aussitôt du chloroforme et on pratique une incision des parois abdominales dirigée verticalement, longue de 5 centimètres, le trou de la balle étant pris pour centre; on explore soigneusement l'intestin, et on découvre successivement cinq perforations de l'intestin grêle, deux du colon descendant et deux de la portion supérieure du rectum; toutes ces ouvertures sont fermées par des sutures au catgut; la cavité pelvienne étant remplie de sang, on recherche la source de cette hémorragie, qui n'était autre qu'une grosse veine mésentérique coupée par la balle; on la lie également au catgut; on débarrasse ensuite le péritoine des caillots sanguins et de toutes les impuretés et on le

Digitized by Google

nettoie avec des éponges trempées dans une solution de sublimé à 1 p. 2000. Malgré de minutieuses recherches on ne peut retrouver la balle. Le malade qui avait parfaitement supporté l'opération semble d'abord aller bien, mais le lendemain tombe dans le collapsus et succombe après vingt-quatre heures. A l'autopsie on trouve seulement 200 grammes de sérosité rougeâtre dans le péritoine et on constate que toutes les perforations avaient été bien obstruées et que l'intestin était étanche. L'auteur se propose de suivre la même conduite dans tout autre cas analogue. H. BARTH.

I. — **Erklärungsversuch zur Genese gewisser Fälle von Hernia inguino-interstitialis... (Recherches sur la genèse de certains cas de hernie inguino-interstitielle et de hernie inguino-propéritonéale), par Meinhard SCHMIDT** (*Archiv f. klin. Chir., Band XXXI, Heft* 4).

II. — **Ein Fall von Gastrocele scrotalis, par Meinhard SCHMIDT** (*Berliner klinische Wochens., n°* 1, *p.* 10, 5 *janvier* 1885).

III. — **Beitrag zur Behandlung der gangränösen Hernien (Contribution au traitement des hernies gangrénées et de l'anus contre nature), par KOCH, de Nüremberg** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir., Band XXIII, Heft* 3 *et* 4, *p.* 362-376).

IV. — **Zur Enterotomie bei Ileus (De l'entérotomie dans l'étranglement interne), par FUHR et WESENER** (*Ibidem, XXIII,* 3 *et* 4, *p.* 315-337).

V. — **Etranglement interne ; laparotomie. Guérison, par QUÉNU** (*Bull. Soc. de Chir., XII, n°* 3, *p.* 172-180).

VI. — **Eine Laparotomie wegen innerer Einklemmung mit eigenthümlicher Complication (Laparotomie dans un cas d'étranglement interne avec complication spéciale), par FLATAU** (*Deutsche med. Woch.*, p. 91, 1886).

VII. — **Fistula Stercoralis. Laparotomie mit nachfolgender Resection des Darmes; Heilung, par HOFMOKL** (*Soc. des méd. de Vienne*, 30 *octobre* 1885).

VIII. — **Resection of the large intestine for carcinoma, par Robert F. WEIR** (*Med. News*, 13 *février* 1886).

I. — Au cours d'une opération, Schmidt remarqua deux faits saillants : 1° du pôle inférieur du sac partait un cordon gros comme une plume d'oie, qui allait sur l'aponévrose du grand oblique ; 2° du testicule compris dans la hernie part le cordon qui remonte en haut et en dehors pour franchir le collet. Ce collet est situé à la hauteur de l'épine iliaque et à 5 centimètres en dedans d'elle.

Ce qu'il y a de caractéristique dans le fait, c'est la perforation de la paroi abdominale par le processus vaginalis, en un point si éloigné du siège normal de l'anneau inguinal. Et comme il n'y avait pas d'autre orifice de l'anneau inguinal que celui-là, Schmidt considère cette perforation comme l'anneau inguinal congénitalement disloqué (*dislocirt*). Pour lui, cette anomalie est le fait capital. Le processus vaginal qui s'engage dans cet anneau dans ce canal inguinal anormal ne peut atteindre l'orifice externe, encore bien moins le fond du scrotum.

Jusqu'ici on a cru trouver l'explication de la hernie inguino-interstitielle dans l'étroitesse de l'anneau inguinal externe. Schmidt la cherche au contraire dans une anomalie de l'anneau inguinal interne. Quant à l'étroitesse de l'anneau externe, elle serait secondaire et due précisément à l'absence du canal vagino-péritonéal en ce point.

Digitized by Google

Schmidt conclut ainsi :

1° Dans la hernie inguino-interstitielle de Goyrand, on peut trouver un anneau inguinal interne congénitalement déplacé en haut et en dehors, dont la situation explique, d'une part, la forme caractéristique de la hernie, de l'autre, l'étroitesse de l'orifice externe, et l'ectopie testiculaire qui l'accompagnent ;

2° Dans bien des cas de hernie inguino-propéritonéale, l'orifice abdominal commun du sac paraît avoir la signification d'un orifice interne congénitalement déplacé. Ainsi s'explique la construction caractéristique du sac et la descente incomplète du testicule qui l'accompagne souvent ;

3° La situation anormale de l'orifice inguinal interne s'explique par une insertion vicieuse du ligament du rein primordial sur la paroi.

PIERRE DELBET.

II. — Vieillard ayant depuis longtemps une hernie irréductible dans l'aine gauche. Vomissements noirs d'odeur aigrelette, non fécaloïdes.

Autopsie : Les pressions exercées sur la tumeur font sourdre par la bouche du cadavre un liquide noir identique à celui qui était vomi.

La hernie ne contenait que les portions médianes de l'estomac ; la région pylorique interne dans la cavité était abdominale et le pylore proprement dit avait conservé ainsi que le duodénum son emplacement normal. J. B.

III. — Tout en reconnaissant en principe la supériorité théorique de la résection circulaire avec suture immédiate et complète qui représente l'idéal dans ce cas particulier, Koch la repousse comme beaucoup trop dangereuse, tant à cause de sa complexité et à sa longue durée, qu'à cause des mauvaises conditions où se trouve l'intestin au moment d'un étranglement serré.

En face d'une hernie étranglée avec gangrène de l'intestin, on doit encore s'en tenir au vieux principe et établir un anus contre nature, qui conjure les accidents mortels. Pour l'auteur la dénutrition qu'occasionne l'anus contre nature ne fait pas courir de danger sérieux aux sujets suffisamment résistants, et ceux qui y succombent auraient été encore plus incapables de supporter le traumatisme opératoire que comportent la résection et la suture de l'intestin.

L'anus contre nature établi, on ne doit songer à sa guérison que quand la soudure de l'intestin à la place abdominale est complète et solide. Trois méthodes sont alors en présence :

1° Destruction de l'éperon avec l'entérotome de Dupuytren et oblitération de l'orifice par des cautérisations, des avivements, des sutures, etc.;

2° Résection de l'intestin dans sa continuité et suture circulaire de l'intestin qui est réduit ;

3° Destruction de l'éperon avec l'entérotome comme opération préliminaire, puis libération de l'intestin de ses adhérences à la paroi, avivement et suture longitudinale de la perte de substance et réduction.

C'est cette dernière méthode que préconise Koch comme plus inoffensive et plus sûre et qu'il a appliquée avec succès dans un de ses cas.

M. HACHE.

IV. — Ce n'est que par hasard et très exceptionnellement que l'anus contre nature dans l'entérotomie se trouve siéger juste au-dessus de l'obstacle ; le plus souvent il en est séparé par une plus ou moins grande longueur d'intestin. On semble admettre en général que ce cul-de-sac intestinal se vide des matières qui y passent par des mouvements anti-

Digitized by Google

péristaltiques qui les ramènent à l'anus contre nature ; mais rien n'est moins démontré que cette hypothèse. Au contraire, si l'obstacle est absolu à son évacuation par le rectum, ce bout intermédiaire peut subir et subit souvent un engorgement et des modifications qui peuvent déterminer la mort des opérés au bout d'un temps plus ou moins long.

A l'appui de cette assertion Fuhr rapporte une observation, avec autopsie faite par Wesener.

Il s'agissait d'une femme atteinte d'étranglement interne à marche lente, dans le vagin de laquelle on trouva un pessaire de Hodge, oublié depuis huit ans et qui avait déterminé du côté du vagin des altérations inflammatoires qu'on suppose s'être étendues à l'intestin et avoir déterminé son rétrécissement. Un anus contre nature fut pratiqué dans la fosse iliaque gauche et la malade recouvra la santé. Avec un obturateur approprié elle put aller en journée et n'avoir de garde-robe qu'une fois par jour. Puis les selles devinrent plus difficiles de nouveau et elle succomba au bout de deux ans à une nouvelle obstruction intestinale de cause obscure.

A l'autopsie on vit que la cause première des accidents était un rétrécissement cicatriciel de l'extrémité inférieure de l'S iliaque, attribué à l'action du pessaire. L'anus contre nature siégeait sur le colon transverse refoulé en bas. Une grande partie de l'abdomen était occupée par la portion du gros intestin comprise entre l'anus contre nature et le rétrécissement, énormément dilatée et remplie de masses fécales dures. Cette tumeur fécale avait amené par compression les accidents mortels.

Malheureusement, dit Fuhr en terminant, aucune modification de l'entérotomie ne peut parer à ce danger, car le procédé de Schinzinger n'est applicable que quand il n'y a aucun espoir de voir se rétablir le cours des matières. On sait que le procédé consiste à sectionner transversalement l'intestin, à ne suturer à la peau que son bout supérieur et à réduire dans l'abdomen le bout inférieur préalablement lié.

Cette méthode a été condamnée en France et on a proposé de lui substituer l'accollement des deux bouts en canons de fusil de façon à rendre le passage des matières dans le bout inférieur impossible et à permettre encore au besoin le rétablissement de la continuité de l'intestin. C'est la réponse au désidératum formulé par Fuhr. MAURICE HACHE.

V. — Femme de 52 ans. Accidents brusques d'étranglement interne sans aucune modification du côté d'une hernie crurale ancienne réductible. Le 5e jour Quénu incise sur la ligne blanche et reconnaît d'abord que le trajet herniaire est libre, mais un peu en dehors de l'orifice crural, il sent l'intestin engagé dans un orifice qui l'étreint ; il le dégage par une traction très douce, s'assure de son intégrité, et, introduisant le doigt à la place qu'il occupait reconnaît un petit sac sous-péritonéal mobile, indépendant des places aponévrotiques de la région. Après avoir débridé sur son doigt l'orifice de ce petit sac, pour éviter la répétition d'accidents analogues, Quénu referme le ventre. La malade guérit après avoir été mise en danger par des accidents graves de congestion pulmonaire qui se déclarèrent peu après l'opération. On avait fait, en attendant l'opération, un lavage de l'estomac. M. HACHE.

VI. — Femme de 25 ans atteinte de douleurs de ventre et de vomissements sans arrêt des matières fécales. On trouve à droite dans le petit bassin près de l'utérus une tumeur peu mobile, grosse comme un œuf, et on apprend que la malade a eu, trois ans auparavant, à la suite d'une couche, des signes d'hématocèle. Bientôt symptômes manifestes d'étranglement interne : on essaye en vain le lavage de l'estomac. Laparotomie faite par Schuller. On extirpe la tumeur constituée par la trompe épaissie et dilatée. On trouve ensuite l'in-

Digitized by Google

testin étranglé dans le petit bassin par une bride résultant d'une péritonite ancienne. L'intestin est nécrosé en partie. On résèque le segment nécrosé ; sutures. Pansement antiseptique. Mort le soir de l'opération.

VII. — Une femme de 38 ans, atteinte d'une hernie crurale du côté droit, est admise le 29 juillet 1885 à l'hôpital ; phénomènes d'étranglement ; opération le jour même. On trouve l'intestin gangréné. On l'excise et on fixe la partie saine au collet du sac. A la suite, persistance d'une fistule stercorale qui se rétrécit progressivement. Comme les matières ne passent en aucune façon par l'anus, la malade est fort incommodée.

Le 29 septembre, laparotomie, résection de 6 centimètres d'intestin. Triple suture de la paroi abdominale. Drain à l'angle inférieur de la plaie. Guérison rapide, sans fièvre. Cours des matières normal. L. GALLIARD.

VIII. — Homme de 54 ans, atteint de cancer de la partie supérieure du rectum, impossible à atteindre par une rectotomie. Le malade consentit à une extirpation radicale par laparotomie qui fut faite sans le spray phéniqué. La tumeur remontant jusqu'à l'S iliaque comprenait 4 pouces de l'intestin ; elle fut attirée hors du ventre ; l'intestin fut réséqué sur une longueur de 5 pouces 1/2. et une partie du mésentère contenant deux ganglions tuméfiés fut enlevée en forme de coin. De crainte d'un épanchement consécutif à la suture de l'intestin, Weir décida de faire un anus artificiel. Le bout inférieur de l'intestin fut replié sur lui-même, puis fermé par un triple rang de suture. Le bout supérieur fut amené dans l'angle de la plaie et fixé comme à l'ordinaire.

Au 6e jour, la plaie s'était désunie sur un point et il y avait une petite hernie d'une anse intestinale, qu'on put réduire. La plaie fut fermée à nouveau par des sutures. Le 14 novembre, 19e jour, évacuation par l'anus avec passage de gaz, d'une pinte de liquide brun à odeur fécale. Le 20 novembre, nouvelle évacuation ; cette fois le liquide est franchement purulent. Un drain est conduit à 6 pouces de profondeur par l'anus, donne issue à 4 onces de pus très fétide. Lavage au sublimé. Dix jours plus tard, l'abcès, dû probablement à quelque hémorragie, était vidé et guéri.

Le 2 janvier, deux mois après l'opération, le malade rentrait chez lui, en graissé et en bon état. Il s'agissait d'un cancer encéphaloïde.

L'auteur fait suivre cette observation du relevé de 35 cas de résection intestinale pour cancer, et discute les diverses phases de l'opération au point de vue du manuel opératoire. A. C.

A case of high amputation for gangrene of the foot ; obstruction of the popliteal artery by hydatids cysts, par MALLINS (*The Lancet*, 11 *avril* 1885).

Un homme de 74 ans était depuis longtemps en traitement pour un ulcère rebelle de la jambe, quand des signes de gangrène se montrèrent sans cause connue au niveau du gros orteil. Le mal progressant, bien qu'avec lenteur, on se décida à pratiquer l'amputation de la cuisse, mais en la faisant on reconnut que l'artère fémorale était complètement oblitérée par un caillot solide de date ancienne ; six artères collatérales durent être liées. En disséquant le membre amputé on trouva au niveau du creux poplité une dilatation fusiforme du vaisseau de 1 pouce de diamètre sur 4 de longueur, simulant un anévrisme. La poche incisée, on vit sortir un paquet de membranes flétries que Spencer Cobbold reconnut pour des hydatides. D'après les détails beaucoup trop brefs donnés par l'observation, il semble que ces hydatides ne provenaient pas d'une embolie, mais s'étaient développées sur place dans la cavité du vaisseau, et l'auteur est disposé à attribuer le développement d'un ulcère incurable aux troubles de nutrition résultant de l'oblitération artérielle. H. BARTH.

Digitized by Google

MALADIES DES OREILLES, DU NEZ ET DU LARYNX.

Des névroses réflexes déterminées par les affections nasales, par Theodor HERING (*Ann. des mal. de l'oreille, février* 1886).

Étude clinique et critique des diverses affections réflexes imputables à une lésion nasale. Hering a observé cette relation dans la migraine, l'asthme, le vertige, la toux laryngée, les éternuements, etc. Mais ces manifestations réflexes ne sont pas dues à une seule et unique lésion et à une lésion localisée, comme le soutenait Hack, au cornet inférieur. La rhinite hypertrophique en est la cause la plus fréquente, mais les mêmes effets peuvent être produits par une inflammation ou des kystes des cornets moyens, des exostoses ou ecchondroses de la cloison, des adhérences des cornets à la cloison, par toute pression ou irritation prolongée exercée par les cornets sur cette cloison, qu'il s'agisse du cornet moyen ou inférieur. Un polype muqueux du nez peut produire également ces mêmes effets.

D'après cette multiplicité de lésions on conçoit que la destruction des corps caverneux des cornets ne soit pas toujours nécessaire. Hering propose le badigeonnage à la cocaïne comme moyen de diagnostic et de soulagement temporaire, les cautérisations à l'acide chromique, l'ablation des tumeurs ou excroissances.

Plusieurs observations d'aphonie spasmodique guéries par le traitement de la lésion nasale. A. CARTAZ.

I. — Reflex symptomes in nasal affections, par E. GRUENING (*New York Acad. of med.*, 21 *janvier* 1886).

II. — On the connection between obstruction of the lacrymal duct and nasal catarrh, par Harrison ALLEN (*Med. News*, 6 *février* 1886).

I. — Gruening rapporte un certain nombre d'exemples d'affections oculaires dont la cause pouvait être recherchée dans l'existence d'une irritation nasale chronique. La rhinite guérie, on voyait céder les troubles inflammatoires de l'œil. Dans un cas, une ophtalmie datant de plusieurs années céda rapidement après l'ablation d'une hypertrophie de la muqueuse nasale.

Dans la discussion, Mac Bride cite cinq cas de migraine qui ont été radicalement guéris après la guérison de l'affection nasale.

II. — Allen appelle également l'attention sur les rapports qui existent entre l'obstruction du canal lacrymal et l'existence d'un catarrhe chronique du nez. A. C.

The production of the so called « rose cold » by means of an artificial rose (Production du « coryza des roses » au moyen d'une rose artificielle), par J. Holand MACKENZIE (*Am. journ. of the med. Sc., p.* 45, 1886).

L'auteur rappelle que certains sujets ne peuvent approcher d'une rose

Digitized by Google

ou en sentir l'odeur sans être pris de tous les accidents de la rhinobronchite spasmodique, comme dans l'asthme de foin. Or l'influence psychique jouerait ici un rôle important, car, chez une malade, très nerveuse il est vrai, l'auteur a pu provoquer une attaque typique au moyen d'une rose artificielle parfaitement imitée et qui avait été prise pour une fleur naturelle. A. CHAUFFARD.

On the headaches which are associated clinically with chronic nasal catarrh (Des céphalées liées au catarrhe nasal chronique), par Harrison ALLEN (*Med. News*, 13 *mars* 1886).

Allen distingue trois variétés de céphalées qu'on peut rapporter au catarrhe nasal : 1° d'origine réflexe; 2° névrosiques; 3° inflammatoires.

La première variété, d'un diagnostic assez délicat pour la séparer des migraines cérébrales, gastriques, ou autres, est presque toujours limitée au front, à la tempe, au vertex. La muqueuse nasale est le siège d'une inflammation intense avec hypertrophie et quelquefois atrophie. A. C.

Necrosing ethmoïdis, etc. (Ethmoïdite nécrosique, ses rapports avec la production de l'ozène, des polypes nasaux), par WOAKES (*The Lancet*, 18 *juillet* 1885).

L'auteur propose de donner le nom d'ethmoïdite nécrosique à une affection caractérisée par l'inflammation chronique des portions nasales de l'os ethmoïde et de son revêtement fibro-muqueux, avec tendance à la nécrose des travées osseuses qui limitent les cellules de cet os, et transformation simultanée des prolongements de la muqueuse en tissu muqueux plus ou moins végétant. Cette affection, assez fréquente, serait la cause commune des polypes muqueux et de certaines formes d'ozène.

L'ethmoïdite nécrosique n'est pas nécessairement d'origine constitutionnelle, bien qu'elle soit fréquemment aggravée dans sa marche par la coexistence d'une syphilis congénitale ou acquise. Les causes déterminantes sont souvent difficiles à préciser, en raison de la lenteur du début; parfois, le mal se développe insidieusement, d'autres fois il succède à une fièvre éruptive, notamment à la rougeole ou à la scarlatine; ailleurs, il paraît succéder à des accès répétés de coryza tenace, comme en ont souvent les enfants; dans un petit nombre de cas, on a invoqué l'influence d'un traumatisme, d'un coup reçu sur le nez.

A la première période, le mal est d'ordinaire localisé au cornet moyen; l'examen microscopique fait découvrir, au niveau du bord antérieur de cet os, une ou plusieurs saillies de forme arrondie ou ovale, au niveau desquelles la muqueuse est plus rouge, plus lisse et plus brillante qu'ailleurs; un peu plus tard, ces saillies se confondent en une seule masse qui obstrue en grande partie le méat moyen.

A la période suivante, des expansions myxomateuses se dessinent à la surface de la tumeur, pendant que d'autres prolongements de même nature se développent dans l'épaisseur de l'os, aux dépens des replis fibro-muqueux qui tapissent les cellules; ces prolongements intra-osseux compriment les travées avoisinantes et en provoquent l'atrophie, puis la nécrose.

Digitized by Google

Quand il n'y a pas production végétante, la marche de la nécrose s'accentue et l'on peut arriver à tous les degrés de l'ozène. L'auteur explique, par ce processus univoque, la production de l'ozène et les polypes du nez. A. C.

Des néoplasmes de la cloison des fosses nasales, par O. CHIARI (*Rev. mens. de laryngol.*, *mars* 1886).

Les *hypertrophies* des parties molles de la cloison peuvent en quelque sorte être considérées comme le premier degré des néoplasmes. Chiari cite un cas d'hypertrophie unilatérale de la muqueuse et du tissu sous-muqueux.

Les *polypes muqueux* sont des plus rares. Zuckerkandl, Hartmann en ont observé; Chiari relate un cas, ainsi qu'une observation *de papillomes* et une de myxome, qui donnait lieu à des hémorragies abondantes et fut enlevée difficilement avec l'anse. Une seconde tumeur analogue, mais mixte, myxo-fibrome fut enlevée chez un jeune homme sujet aussi à des épistaxis fréquentes.

Chiari insiste sur ce point que l'hémorragie est un des symptômes les plus fréquents des tumeurs de la cloison. A. C.

Rhinoplastie chez l'enfant à la suite d'une extirpation d'un angiome, par LUENING (*Correspondenz-Bl. f. schweizer Aerzte, XIV*, n° 9, *p.* 213).

Enfant du sexe masculin, âgé de 9 mois. Il y a six mois, début sous forme de tache bleuâtre à la pointe du nez: actuellement l'angiome a atteint les dimensions d'une pièce de 2 francs et fait saillie dans les narines, dans la droite surtout.

Chloroformisation et tamponnement des deux cavités nasales qu'il faut ouvrir. Ablation de la tumeur en conservant une étroite lisière encore intacte des ailes du nez. Luening dut enlever la partie la plus élevée de la cloison membraneuse et des fragments des cartilages latéraux. Hémorragie relativement considérable.

La perte de substance était trop considérable pour qu'on pût la recouvrir convenablement soit au moyen du reste de la narine et de la joue, suivant le procédé de Langenbeck, soit à l'aide de la peau de la face dorsale et de la racine du nez, suivant celui de Busch.

Aussi Luening disséqua-t-il un lambeau frontal oblique, avec pédicule à l'angle interne de l'œil gauche. Suture du lambeau et fermeture de la plaie frontale avec la soie. Désinfection et pansement au bismuth. Réunion par première intention; dès le cinquième jour, enlèvement de toutes les sutures.

Le résultat est des plus satisfaisants au point de vue esthétique. Reste à savoir, ce qui paraît invraisemblable, si plus tard il y aura lieu d'exciser le pédicule.

Les narines sont bien perméables et spacieuses; la légère asymétrie se corrigera encore par la rétraction du lambeau et la croissance de la cloison cartilagineuse.

La tumeur extirpée a la structure de l'angiome hyperplasique simple; elle siège essentiellement dans le tissu sous-cutané, mais empiète sur le chorion (*R. S. M.* XII, 683; XV, 656 et XXV, 326). J. B.

Rhinolit, par D. BAGINSKY (*Berlin. klin. Woch.*, *XXI*, n° 48, *p.* 772.)

Garçon de 15 ans, ayant un certain degré d'obstruction de la narine

Digitized by Google

gauche. Avec le rhinoscope, on distingue, entre la cloison et le cornet inférieur, un corps étranger dur et un peu mobile.

Les premiers essais d'extraction avec des pinces échouèrent parce que le corps se brisa. Baginsky réussit à le pousser du méat inférieur dans le méat moyen d'où il put l'enlever avec un crochet courbe.

Il s'agissait d'un rhinolithe, gros comme une petite cerise, à surface assez lisse, à base aplatie et élargie reposant sur la cloison. Le microscope n'y révéla aucune trace de cartilage ou d'os, malgré la dureté osseuse de la base. L'analyse chimique le montra composé surtout de carbonate calcaire, avec une certaine quantité de phosphate de chaux, un peu de chlorure de sodium et des traces de substance fondamentale organique. (*R. S. M.* XXV, 330) J. B.

I. — Eczéma des narines, par W. KIESSELBACH (*Monatschrift für Ohrenh.*, *n°* 2, 1885).

II. — *Idem*, par W. MOLDENHAUER (*Ibid.*, *n°* 3, 1885).

III. — *Idem*, par E. BAUMGARTEN (*Ibid.*, *n°* 5, 1885).

I. — L'eczéma des narines, qui peut provenir de causes externes, est bien plus souvent consécutif au coryza aigu ou chronique. On en observe tous les degrés et toutes les formes, et il peut entraîner à sa suite l'hyperplasie dite scrofuleuse de la lèvre supérieure, les érysipèles à répétition et la rougeur extérieure du nez. Traitement. — Forme aiguë : médicaments non irritants incorporés dans la graisse ou la vaseline ; forme subaiguë ou chronique : pommade au précipité blanc ou onguent diachylon d'Hebra portés dans le nez avec une baguette de verre.

II. — Moldenhauer distingue deux formes cliniques et anatomiques : l'eczéma proprement dit et le sycosis, qui, chez l'adulte, est presque toujours la cause des croûtes et qui attaque le bulbe pileux. Bains locaux, ramollissement des croûtes et extirpation des poils. Scarification des grandes infiltrations.

III. — Baumgarten préconise aussi l'enlèvement des vibrisses avec les pinces, puis pommade au précipité blanc ou jaune (0,10 pour 10 gr. de vaseline). R. C.

Due casi di laringo-tracheite emorragica, par P. MASUCCI (*Arch. ital. di laringol.*, *V*, *fasc.* 3 *et* 4).

1° Homme de 56 ans, chanteur dans les églises, en traitement pour une pharyngolaryngite chronique : au douzième jour du traitement, le malade se présente avec une voix rauque et l'on trouve, sans qu'on puisse en reconnaître la cause, un épanchement de sang sous la muqueuse de la corde gauche. Traitement par les attouchements de glycérine tannique. Disparition de l'extravasat en trois jours.

2° Homme de 23 ans. Refroidissement, douleur dans la gorge, sensation de corps étranger; le malade fait des efforts de toux et crache un peu de sang. On trouve sous la muqueuse de la corde droite un épanchement sanguin et des points hémorragiques sous-muqueux au niveau des deux premiers anneaux de la trachée. La sensation de corps étranger tenait probablement à cet épanchement, car elle disparut avec la résolution du foyer. A. C.

Digitized by Google

Sulla erisipela delle larynge, par F. MASSEI (*La Riforma med.*, 7 *déc.* 1885).

L'auteur conclut que la plupart des cas décrits comme étant de l'œdème primitif sont des cas d'érysipèle du larynx.

Il existe deux formes d'érysipèle : une dans laquelle les symptômes locaux sont prédominants et effacent en quelque sorte les symptômes généraux; dans la deuxième forme, c'est l'inverse.

A l'examen laryngoscopique, en dehors de la concomitance possible de l'angine folliculaire, on trouve une rougeur avec tuméfaction de toutes les parties envahies.

Le traitement consiste en applications d'eau froide, révulsifs intestinaux, scarification. La trachéotomie est nécessitée parfois par les crises de suffocation. A. CARTAZ.

Further communication on the function of the recurrent laryngeal nerve with regard to the thyroid body (Relations fonctionnelles du nerf récurrent et du corps thyroïde), par HALE WHITE (*Brit. med. journ.*, *p.* 1014, *novembre* 1885).

L'auteur rapporte un troisième fait de lésion du corps thyroïde sous l'influence d'une altération du nerf récurrent. Il s'agissait d'une femme atteinte d'une tumeur cérébrale qui englobait vraisemblablement le nerf spinal, car on avait constaté une atrophie très prononcée du sterno-mastoïdien et du trapèze. Le lobe droit du corps thyroïde avait semblé beaucoup plus diminué de volume que le lobe gauche. A l'autopsie, on trouva un gliome de la base du cerveau, comprimant la huitième paire. Il n'y avait point de différence apparente entre les deux moitiés du corps thyroïde, mais les muscles du côté droit du larynx étaient atrophiés. Il y avait donc une dégénération descendante du nerf laryngé, mais beaucoup de fibres étaient demeurées intactes, ce qui prouve qu'elles ne tiraient point leur origine de l'encéphale. Si des recherches ultérieures démontrent que le nerf récurrent est le nerf trophique du corps thyroïde, ce fait acquerra une grande importance, car il prouve que les fibres nerveuses trophiques ne proviennent pas du cerveau, à l'inverse de celles qui aboutissent aux muscles du larynx. (Voy. *R. S. M.*, XXVII, 751).

H. R.

Demonstration von Lepra Laryngis, par VIRCHOW (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n°* 12, *p.* 189, 23 *mars* 1885).

La malade de Lehnardt, cette fille d'un missionnaire allemand qui avait contracté la lèpre dans l'Inde, ayant succombé à une broncho-pneumonie morbilleuse, Virchow a pu faire son autopsie, qui a révélé deux lésions intéressantes dans le larynx et la rate.

Toute la partie supérieure du larynx, depuis l'épiglotte jusqu'aux cordes vocales, offre un état qui simule l'œdème de la glotte. Sur les tissus gonflés, on aperçoit déjà les premières traces d'ulcérations caractérisées par des dépressions irrégulières. Au-dessus de l'épiglotte, les altérations se continuent au pharynx et au voile du palais. On comprend, à l'aspect de ces lésions, les discussions qui ont eu lieu au siècle dernier sur les rapports de la lèpre avec la syphilis, qui produit des lésions très analogues.

Le nerf cubital présente une tuméfaction gangliforme.

La rate est considérablement hypertrophiée ; sur les coupes, elle a un aspect bigarré tenant à la présence, au sein de la pulpe rouge, d'innombrables granulations molles, blanc grisâtre, arrondies, plus petites et beaucoup plus

Digitized by Google

nombreuses que les follicules de Malpighi. Sous le microscope, ces petits corpuscules sont pleins de bacilles lépreux. L'existence des bacilles spécifiques jusque dans la rate est, pour Virchow, la preuve qu'ils sont bien la cause de la maladie.

Dans la discussion, Köbner fait connaître qu'ayant dernièrement pratiqué l'examen microscopique de tubercules laryngés, qu'il avait recueillis en 1863 dans une léproserie de Norvège et conservés dans de l'esprit-de-vin, il y a constaté sans difficulté la présence de nombreux bacilles lépreux. J. B.

Due casi di corea della laringe, par Pietro MASUCCI (*Arch. ital. di laring.*, *V*, *fasc.* 3 *et* 4).

Relation de deux cas de chorée du larynx observés chez des enfants de 12 et 9 ans, traités par les insufflations et pulvérisations morphinées, le bromure de potassium à l'intérieur, et finalement guéris par l'application du courant faradique que Masucci regarde comme le moyen thérapeutique le plus efficace contre cette névrose. A. C.

Syphilome des deux cordes vocales inférieures, par E. EEMAN (*Rev. mens. de laryngol.*, *février* 1886).

Bel exemple de tumeur gommeuse des cordes chez une femme de 55 ans, marchande ambulante, et ayant depuis longtemps de la laryngite chronique. Elle vient consulter pour les troubles dyspnéiques qu'elle éprouve et on trouve un larynx normal, sauf les cordes vocales, qui forment deux bourrelets épais, arrondis, d'un rouge sombre, la gauche recouvrant en partie la droite et ne laissant qu'une ouverture glottique correspondante à la glotte interligamenteuse. Gomme ulcérée de la peau, gomme du sternomastoïdien.

Traitement par les frictions mercurielles et l'iodure; en cinq jours diminution de la dyspnée; guérison complète en deux mois. A. C.

Rétrécissement de la trachée et de la bronche droite de cause syphilitique, par GOUGUENHEIM (*Ann. des mal. de l'oreille*, *février* 1886).

Homme de 60 ans, entré à l'hôpital pour des accès de suffocation intenses. Syphilis à 40 ans. Toux depuis plusieurs années. Dyspnée, cornage, asphyxie imminente; voix normale, rien au larynx. On soupçonne un rétrécissement trachéal: administration de doses quotidiennes de 6 grammes d'iodure. Au dixième jour le cornage avait disparu et le malade quittait l'hôpital au bout d'un mois, paraissant guéri. Un mois plus tard réapparition des accidents avec autant de violence; bronchite intense; pas de bacilles. Traitement ioduré (6 à 8 gr.); guérison.

Gouguenheim rappelle sommairement deux autres cas où le traitement ioduré à hautes doses a donné un bon résultat. A. C.

Sur quelques cas rares de polypes du larynx, par E.-J. MOURE (*Rev. mens. de laryngol.*, *janvier* 1886).

Trois observations de polypes volumineux opérés par les voies naturelles. Dans le premier cas, femme de 52 ans, tumeur d'aspect gélatineux, emplissait complètement l'infundibulum laryngien et descendant, par suite de son long pédicule, au-dessous des cordes vocales pendant l'inspiration. Ablation par les pinces.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un papillome volumineux remplissant tout le larynx; la malade était de plus enceinte de sept mois et demi.

Digitized by Google

Dans le troisième cas, des polypes muqueux insérés sur toute la longueur des cordes vocales simulaient un œdème. L'ablation en fut facile. A. C.

Myxome hyalin de la corde vocale inférieure gauche, par Eugène EEMAN (*Rev. mens. de laryngol., janvier* 1886).

Cette tumeur a été enlevée chez une femme de 43 ans, enrouée depuis un an. L'examen laryngoscopique et les manœuvres d'extraction furent rendues très difficiles par des mouvements spasmodiques de déglutition. La tumeur, d'une coloration gris rosé, siégeait sur la corde gauche, implantée au-dessus et en dessous. On la prit d'abord pour un kyste. Puis on tenta de l'extirper par la méthode de Rossbach; finalement l'extraction se fit en plusieurs séances par la méthode endolaryngée.

L'examen histologique, pratiquée par Van Duyse, fit reconnaître un myxome hyalin. On ne connaissait jusqu'ici que les cas de Bruns et celui de Morell Mackenzie. A. C.

Aperçu sur les ecchondroses et exostoses du larynx, par Henry BERTOYE (*Ann. des mal. de l'oreille, avril* 1886).

Bertoye retrace l'histoire de ces tumeurs fort rares, d'après l'observation personnelle suivante :

Homme de 42 ans, atteint d'enrouement depuis 7 ou 8 ans, entré à l'hôpital avec des symptômes d'asphyxie menaçants qui nécessitent la trachéotomie. L'examen laryngoscopique fait constater la présence d'une tumeur sous-glottique. Mort de congestion pulmonaire.

A l'autopsie, on trouve une tumeur hémisphérique, du volume d'une amande, siégeant sur le côté droit du cartilage cricoïde, emplissant le canal trachéal, d'une couleur blanc bleuâtre. A l'examen histologique, on reconnaît à la tumeur les caractères du cartilage hyalin.

Bertoye résume brièvement les observations publiées jusqu'ici et plus ou moins authentiques.

Quelle est la cause du développement de ces ecchondroses? Bertoye pense qu'il peut s'agir d'une simple déviation du processus physiologique analogue à celui qui donne naissance aux exostoses ostéogéniques. Une affection laryngée, un trouble pathologique (inflammation, tuberculose) hâtant l'ossification des cartilages, favorise l'apparition de ces tumeurs. L'exostose n'est souvent que la transformation de l'ecchondrose.

Quant au siège, c'est presque toujours sur le cricoïde ou le thyroïde qu'elles prennent naissance. Leur développement du côté de la cavité laryngée peut donner lieu à des troubles graves et justifie l'intervention, ablation par les voies naturelles ou artificielles après trachéotomie préalable. A. CARTAZ.

I. — De la médiastinite consécutive à la trachéotomie, par RENOU, de Saumur (*Gaz. hebd. de méd. et de chir., nos des* 15 *et* 22 *janvier* 1886).

II. — Étude sur une complication rare de la trachéotomie, médiastinite antérieure suppurée, par Aug. BÉAL (*Thèse de Paris*, 1886).

I et II. — L'inflammation du tissu cellulaire du médiastin, rarement signalée, à la suite de la trachéotomie constitue une complication possible de l'opération.

Digitized by Google

Elle a été observée dans trois observations rapportées par l'auteur, dont une avec autopsie.

Elle peut entraîner la mort au bout d'un temps variable. Quelquefois elle revêt une marche suraiguë, 36 heures dans un cas.

Cette complication, comme on peut le prévoir, est moins à craindre dans le cas où l'on fait la trachéotomie supérieure, la seule que l'on pratique aujourd'hui dans les deux hôpitaux d'enfants de Paris.

H. RICHARDIÈRE.

Trachéotomie préventive dans une ablation d'un cancer du plancher de la bouche, par MONOD (*Bull. et mém. de la Soc. de chir., t. XII, n° 2, p.* 126, 140 *et* 146).

Après avoir enlevé chez une femme un épithélioma du plancher de la bouche dans la région de l'angle du maxillaire, ayant envahi la langue et le pharynx, et ayant nécessité le sacrifice préalable d'une moitié du maxillaire inférieur, Monod, sur le conseil de Marchand, qui l'assistait, a pratiqué la trachéotomie, qui, associée à l'introduction par la narine d'une sonde œsophagienne à demeure, lui a permis de remplir exactement la plaie et l'arrière-bouche avec des tampons de gaze iodoformée, introduits profondément jusqu'à l'orifice supérieur du larynx. Ce pansement a été laissé cinq jours en place, il n'avait aucune mauvaise odeur. Le huitième jour la plaie avait bon aspect et ne fournissait aucun liquide sanieux; la canule trachéale put être supprimée. La malade fut cependant encore nourrie une semaine avec la sonde nasale; au bout de ce temps elle put être considérée comme guérie; l'incision cutanée s'était réunie par première intention, sauf sur le passage du drain, et la plaie intra-buccale était cicatrisée. La malade demeura cependant encore une quinzaine à l'hôpital, en convalescence. Aujourd'hui, au bout d'un mois, elle rentre chez elle.

Monod attribue l'issue relativement prompte et favorable de son intervention, en partie à ce que toute l'opération a été faite au bistouri, sans escarres à éliminer, et surtout à l'emploi combiné de la trachéotomie et de la sonde nasale à demeure. Il a pu ainsi maintenir aseptique le champ opératoire et éviter le danger de la pneumonie infectieuse par transport dans les poumons de détritus organiques, qui vient compliquer si souvent les opérations pratiquées sur la bouche. La mortalité par complications pulmonaires après l'ablation de la langue pour carcinome serait de 12 0/0 d'après la statistique de Schlœffer, de 23 0/0 d'après celle de Barker, qui préconise, ainsi que Michaël, la trachéotomie préventive comme un moyen d'éviter ce danger.

M. HACHE.

I. — Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, par RICHELOT (*Bull. de la Soc. de chir., XII, n° 4, p.* 226-244).

II. — *Idem*, **par NICAISE** (*Ibidem, p.* 278-281).

I. — En opposition avec les dangers de la trachéotomie chez l'adulte, la seule dont il s'occupe, dangers dont le plus grave est l'hémorragie, dont le thermocautère ne préserve qu'insuffisamment et au prix d'une lenteur quelquefois impossible, Richelot fait ressortir la facilité de la laryngotomie, ses points de repères constants et superficiels, l'hémorragie insignifiante ou nulle dont elle s'accompagne.

Entre la peau et la membrane crico-thyroïdienne il n'y a sur la ligne médiane aucun organe à connaître et à ménager; cette dernière mesure

Digitized by Google

6 ou 7 millimètres à partir de 12 ans, 8 à 11 chez l'adulte. Arrivé sur elle, à travers une courte incision cutanée, l'opérateur n'a qu'à lui donner un coup de pointe et à faire pénétrer dans ce petit orifice une canule à bec de Krishaber de 9 à 10 millimètres. Il est inutile d'employer le thermocautère ainsi que de chercher à reconnaître les plans minces qu'on traverse, guidé par l'ongle de l'index gauche, placé sur la ligne médiane entre les deux cartilages, mais l'emploi de la canule à bec est une nécessité. On sait aujourd'hui qu'une canule de 9 à 10 millimètres suffit parfaitement à la respiration d'un adulte pendant de longs mois, et une telle canule passe facilement dans l'espace inter-crico-thyroïdien. Du reste, si les cartilages ossifiés ont perdu de leur mobilité, il n'y a aucun inconvénient à inciser le cricoïde, ce qu'on peut presque toujours éviter en plaçant la tête dans une déflexion suffisante.

Richelot réfute les objections faites à cette opération : la canule est assez mobile et n'a jamais ulcéré la paroi postérieure de la trachée; elle peut rester en place longtemps sans danger pour le larynx (19 mois dans une observation de Richelot); la fracture du cricoïde ne se produit que si la canule est trop grosse ou si le bord supérieur du cartilage a été entamé par le bistouri; enfin l'ulcération du tronc brachio-céphalique artériel, observée dans un cas de laryngotomie, s'est produite nombre de fois après la trachéotomie.

La seule contre-indication absolue à l'emploi de cette opération est le siège de l'obstacle à la partie supérieure de la trachée, comme pour certains rétrécissements syphilitiques. Les altérations du larynx lui-même ne contre-indiquent que rarement la laryngotomie, et trois des malades de Richelot, dont les cartilages étaient partiellement détruits, fracturés par le tubercule ou le cancer, ont très bien toléré leur canule.

II. — Nicaise donne les résultats des expériences cadavériques qu'il a faites sur ce sujet.

Les dimensions de l'espace crico-thyroïdien varient dans d'assez grandes proportions suivant les individus; sa hauteur a varié chez la femme de $7^{mm},5$ à 13 millimètres; elle est en moyenne de 8 à 10 millimètres; chez l'homme, elle est de 9 à 11 millimètres.

La laryngotomie crico-thyroïdienne est facile; on peut cependant rencontrer des veines volumineuses et même la partie moyenne du corps thyroïde. Nicaise a conseillé d'ajouter à l'incision verticale de la membrane deux petites incisions transversales qui ont pour but d'éviter les déchirures du ligament et celles de la muqueuse; on peut s'en passer si on emploie la canule à bec de Krishaber. Les dimensions de la canule sont capitales; elles ne doivent pas dépasser 8 à 9 millimètres de diamètre extérieur chez la femme, 8 à 11 chez l'homme. Au besoin, on pourrait faire la section du cricoïde, qui n'a d'autre inconvénient que d'exercer sur la canule une pression élastique qui peut la faire sortir du larynx.

L'opération de Vicq d'Azyr est de nécessité dans certaines conditions physiologiques ou pathologiques, ou quand on doit opérer d'urgence sans avoir de canule : après l'incision cruciale du ligament crico-thyroïdien, dilatée légèrement avec l'extrémité du petit doigt, il reste un orifice dont les bords ont peu de tendance à se rapprocher.

Sans oser dire encore qu'elle remplacera la trachéotomie, Nicaise pense

Digitized by Google

que la laryngotomie est appelée à entrer davantage dans la pratique. Il faut faire des réserves pour les cas où les cartilages peuvent être altérés, et pour ceux dans lesquels la canule doit être enlevée après un long séjour; peut-être serait-on exposé dans ce dernier cas à la persistance d'une fistule. M. HACHE.

Die Kehlkopfsexstirpationen (Sur l'extirpation du larynx), par **HAHN** (*Sammlung klinischer Vorträge*, n° 260, 7 *septembre* 1885).

Depuis l'opération de Billroth, les cas se sont multipliés, et Hahn a pu en réunir dans son travail 91, dont 11 personnels. Sauf deux cas de chondrite et périchondrite, ce sont toujours des tumeurs du larynx qui ont décidé les opérateurs à l'extirpation totale. Celle-ci n'est justifiée que dans les cas de carcinome ou de sarcome.

L'extirpation d'une moitié du larynx est indiquée : 1° dans les tumeurs malignes peu étendues n'ayant ni traversé les cartilages, ni envahi les parties voisines ; 2° dans les papillomes récidivants, quand les voies naturelles et la laryngotomie sont insuffisantes; 3° pour les rétrécissements et les oblitérations qui résistent à la dilatation, à la laryngotomie ou à l'excision du tissu de cicatrice.

Le peu de tendance à la généralisation et à l'envahissement des lymphatiques, que l'auteur n'a jamais constaté (contrairement à von Ziemssen, qui a peut-être pris de l'engorgement inflammatoire pour une dégénérescence cancéreuse), rend l'extirpation particulièrement indiquée pour le cancer du larynx, où les récidives locales sont seules à craindre. Le pronostic est surtout favorable dans le cancroïde, qui paraît surtout indiquer la demi-extirpation.

L'âge des malades n'a pas d'importance, mais il faut tenir compte de l'état de leurs forces et surtout de celui des poumons et des bronches; l'existence d'une inflammation catarrhale est une contre-indication formelle.

Les 91 cas publiés se divisent en :

76 extirpations totales.....	65 pour cancer. 9 pour autres tumeurs. 2 pour lésions inflammatoires.
15 extirpations partielles.....	7 pour cancer. 3 pour d'autres tumeurs. 5 pour lésions inflammatoires.

Des 76 opérés d'extirpation totale, 32 sont morts sans récidive, 26 dans les 14 premiers jours et 6 dans les 3 à 6 semaines, presque exclusivement de complications pulmonaires.

Sur les 15 ablations partielles, deux seulement se sont terminées par la mort dans les 14 premiers jours ; la gravité opératoire est donc beaucoup moindre. Parmi ces morts des 14 premiers jours, directement opératoires, les deux tiers appartiennent à la première moitié des opérations ; le manuel opératoire avait donc pendant la seconde réalisé un sensible progrès. Sur les 11 opérations, Hahn n'a perdu qu'un seul malade dans ces conditions, par suite de l'introduction de la canule dans le médiastin antérieur, d'où une médiastinite aiguë.

Relativement au résultat définitif les ablations totales pour cancer ont donné :

Digitized by Google

Sur 65 cas
- 30 morts de l'opération ou de ses suites.
- 20 morts de récidive.....
  - 4 dans le premier trimestre.
  - 9 dans le second trimestre.
  - 7 dans le troisième trimestre.
- 2 survies de 4 à 6 mois avec récidive actuelle ou imminente (opéré par Hahn).
- 13 survies, sans récidive, variant de quelques mois à 4 ans.

Les résultats de l'extirpation totale pour les tumeurs non cancéreuses sont meilleurs, et, sur 9 cas, on note 6 guérisons, 2 récidives de sarcome après 7 et 15 mois et 1 mort de tuberculose pulmonaire.

L'extirpation partielle a donné :

Sur 15 cas
- pour cancer 7
  - 3 guérisons datant de 11 à 19 mois.
  - 3 récidives après 3, 6 et 17 mois.
  - 1 mort opératoire.
- pour sarcome 3
  - 2 guérisons.
  - 1 mort le second jour.
- pr rétrécissement
  - 5 guérisons de l'opération.

Pour éviter les complications pulmonaires, qui jouent un si grand rôle dans la mortalité, la protection des voies aériennes contre l'introduction du sang ou de liquides septiques, pendant l'opération, a une importance énorme. Hahn attribue ses bons résultats personnels en grande partie à l'emploi d'une canule à tamponnement garnie d'éponge préparée qu'il a imaginée et qu'il trouve plus sûre que celles de Trendelenburg et de Michael.

Passant à l'étude du manuel opératoire, Hahn conseille de faire la trachéotomie préventive au moment même de l'opération, à moins d'indication spéciale.

Selon les circonstances on aura à choisir parmi les opérations suivantes :

1° Ablation totale du larynx avec une large étendue des parties molles;

2° Ablation totale avec conservation des parties molles (résection);

3° Demi-extirpation;

4° Demi-résection antérieure ou latérale;

5° Résection partielle.

On peut faire avant l'extirpation la ligature préventive des artères laryngées.

Il vaut toujours mieux enlever le cartilage cricoïde dont la conservation met obstacle au rétablissement de la déglutition spontanée.

Quant au traitement consécutif, il consiste, après une hémostase soignée, à bourrer la plaie de gaze iodoformée, à placer une sonde œsophagienne et à maintenir le malade dans une situation demi-assise. Au bout de 24 heures, le tamponnement, qui doit être renouvelé tous les jours à cause des débris alimentaires qui le souillent, peut être fait à la gaze phéniquée. La canule à éponge est à ce moment remplacée par une canule ordinaire entourée de gaze iodoformée. La sonde œsophagienne peut être supprimée quelquefois au bout de 8 jours; d'autres fois seulement au bout de 2 mois, selon l'étendue des parties molles enlevées.

Digitized by Google

Le malade est alors dans un état tolérable et on peut mettre un larynx artificiel.

Dans les cas de demi-extirpation, de demi-résection ou de résection partielle, la parole redevient plus ou moins complètement facile, sans canule ou avec une simple canule à soupape, et s'améliore encore quand la plaie cervicale est oblitérée, ce qui est généralement facile à obtenir au moyen d'une opération plastique complémentaire.

Le rétablissement de la parole est plus difficile à obtenir après l'extirpation totale, mais on arrive cependant toujours à permettre au malade de se faire comprendre en employant soit le larynx artificiel, soit une canule à cheminée.

Le larynx artificiel de Güssenbauer est le plus employé et le meilleur, on peut l'appliquer, le plus souvent, de la deuxième à la cinquième semaine. MAURICE HACHE.

Nécessité de pourvoir à une meilleure éducation des enfants (dans les écoles publiques) atteint de dureté de l'ouïe, par Samuel SEXTON (*The med. Record.*, 20 *décembre* 1884).

L'auteur croit que l'on devrait commencer l'éducation des sourds-muets bien plus tôt qu'on ne le fait actuellement, à 4 ou 5 ans. De plus, les établissements de sourds-muets devraient recevoir un certain nombre d'enfants des écoles qui ne peuvent pas du tout suivre les leçons. Inversement, certains de leurs pensionnaires devraient être rendus aux écoles, où on pourrait parfaitement leur donner l'instruction avec certaines précautions basées sur la répartition des enfants dans les catégories suivantes : 1° ceux qui doivent être tout près du maître et n'entendent qu'une voix très articulée; 2° ceux qui n'entendent qu'à quelques pouces de distance; 3° ceux qui sont totalement sourds, soit de naissance, soit après avoir appris à lire. R. C.

Eine Missbildung des Ohres (Malformation de l'oreille), par C. TRUKENBROD (*Zeitchr. für Ohrenh.*, *XIV*, *n*os 3 *et* 4, *p.* 179).

Le cas peut se résumer ainsi : état rudimentaire du pavillon. Le conduit auditif est représenté par une fente verticale, haute de 2cm,5 et large de 1cm,5, avec un petit diverticulum en arrière, formé par une masse cartilagineuse fixée par des faisceaux conjonctifs à l'écaille du temporal où l'on vient butter. En poursuivant l'examen du côté de la trompe d'Eustache, on constate qu'elle offre un calibre régulier et très large (4 millimètres de haut) à son embouchure dans la caisse qui forme, pour ainsi dire, le renflement terminal de la trompe. Les deux muscles et les osselets sont normaux, sauf le marteau, dont il n'existe que la tête soudée à l'enclume; mais, au lieu de membrane tympanique, on trouve l'os. Étrier immobilisé dans la fenêtre ovale par des tractus conjonctifs. Les branches sont reliées par une mince lame osseuse. Oreille interne normale. Le sujet n'avait jamais entendu de cette oreille. R. CALMETTES.

Ueber die Meniere'sche Krankheit (De la maladie de Ménière), par Lorenz ECKERT (*Bâle*, 1884).

Voici les conclusions de l'auteur :

1° Les canaux demi-circulaires et leurs ampoules sont les organes

Digitized by Google

de la sensation du mouvement directement pour la tête, indirectement pour tout le corps ;

2° Le sens de la direction du son résulte de l'audition binauriculaire. Les canaux n'y prennent pas part, mais ils peuvent suffire d'autre façon aux fonctions auditives ;

3° Les manifestations du syndrome de Ménière sont dues à une lésion de l'appareil acoustique, le plus souvent dans le labyrinthe, rarement dans les centres ;

4° Les lésions de l'oreille moyenne ou des parties voisines qui amènent des modifications dépressives dans le labyrinthe peuvent déterminer les mêmes symptômes ;

5° Ces symptômes sont dus à l'irritation du labyrinthe ou de ses centres ; rarement ils sont dus à l'arrêt de leur fonctionnement consécutif à leur destruction ;

6° Dans les cas très aigus ou très chroniques, les troubles de coordination peuvent manquer ;

7° Les affections prédisposantes sont la syphilis, la leucémie, les oreillons et l'ataxie locomotrice. R. C.

Pityriasis versicolor du conduit auditif, par W. KIRCHNER (*Monatschr. für Ohrenh.*, *n°* 3, 1885).

Chez un malade atteint de pityriasis, les démangeaisons existaient aussi dans l'oreille. A l'examen, on trouva des taches jaunâtres avec desquamation médiocre, comme sur la poitrine et le cou. Au microscope, caractères du pityriasis versicolor : gonidies en groupes avec mycélium ramifié entre les groupes et émettant lui-même d'autres gonidies (Kaposi). Guérison par alcool et huile de cade ãã, deux fois par semaine.

L'auteur mentionne, en terminant, un cas de psoriasis avec plaque dans la partie externe du conduit et au-dessus de la courte apophyse du marteau. Vives démangeaisons. Guérison par le même moyen.

R. CALMETTES.

Ueber das Vorkommen von Tuberkelbacillen bei Otorrheen (De la présence des bacilles de la tuberculose dans les otorrhées), par NATHAN (*Thèse, Munich*, 1884).

Sur 40 cas, l'auteur constata 12 fois la présence de ces bacilles. Il avait fait 46 préparations pour ces 12 malades ; 40 étaient positives, 6 négatives. Sur ces 12 malades, il y avait chez 2 carie de osselets ; chez 1, un séquestre de la portion mastoïdienne. Le quatrième était un enfant scrofuleux dont les poumons ne furent pas examinés. Enfin, chez 8, il y avait phtisie pulmonaire.

Dans les 20 otorrhées chroniques sans bacilles, il y avait des lésions diverses, dont 3 fois une perforation de la membrane de Shrapnell. R. C.

Zwei Fälle von gänzlichem Verluste des Gehöres auf einem Ohr in Folge von Mumps (Deux cas de perte totale de l'ouïe dans une seule oreille à la suite des oreillons), par Charles J. KIPP (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, *XIV*, *n°*s 3 *et* 4, *p.* 214).

1° La surdité survint quinze jours après le début des oreillons, au moment où commençait à diminuer une orchite métastatique. Oreille moyenne et in-

Digitized by Google

terne normale (droite). Diapason entendu seulement dans la gauche, même la droite étant bouchée, de tous les points du crâne; iodure, pilocarpine, sans résultat. La surdité resta totale. La perte brusque et totale de l'ouïe ne peut s'expliquer que par une lésion de l'appareil nerveux. Or, il n'y avait aucun symptôme de lésion cérébrale, l'affection était donc dans le labyrinthe, et l'absence d'irritation du nerf auditif, bourdonnements, vertige, troubles de l'équilibre, la fait localiser dans le limaçon; mais on ne peut dire s'il s'agissait d'une embolie, d'un épanchement séreux ou hémorragique. Ce qui est certain, c'est que la perte de l'ouïe est analogue, dans ce cas, à la cécité par embolie de l'artère centrale de la rétine.

2° Le deuxième cas diffère du précédent en ce que l'oreille restée indemne fut prise ultérieurement d'un catarrhe aigu de l'oreille moyenne, consécutif à un catarrhe naso-pharyngien. Le diapason n'était entendu que dans celle-ci de tous les points du crâne. R. CALMETTES.

Die Behandlung superficieller Caries und Necrose in aeusseren Gehörgange (Traitement de la carie et de la nécrose superficielles du conduit et de la caisse par l'acide sulfurique), par WEBER-LIEL (*Monatschrift für Ohrenh.*, *n° 4*, 1885).

Un stylet profondément creusé est plongé dans l'acide pur et sert à toucher les granulations. Après leur disparition, on touche le point osseux carié avec un petit tampon d'ouate également trempé dans l'acide. On peut encore, suivant le procédé de Mathewson, verser trois fois par jour dans l'oreille l'acide étendu au tiers. R. C.

Ueber Operative Entfernung des Trommelfelles... (Excision de la membrane tympanique et des deux grands osselets de l'ouïe dans le cas de sclérose de la muqueuse de la caisse), par A. LUCAE (*Archiv für Ohrenheilk*, *XXII*, *n°s 3 et 4*).

Cette opération a été préconisée par Kessel en 1879. Lucae l'a exécutée 53 fois, dont 6 fois des deux côtés. Elle est suivie d'une suppuration variant de dix jours à un an. Sauf dans 5 cas, on administra le chloroforme. Les résultats n'en sont pas encourageants, car il n'y eut une amélioration notable de l'ouïe que dans 9 cas; elle était faible dans 19, nulle dans 18, et 7 fois on observa une aggravation.

R. CALMETTES.

Fremdkörper im Ohre (Corps étrangers de l'oreille), par A. HEDINGER (*Zeitschr. für Ohrenh.*, *XV*, *Heft 2 et 3*).

Sur 12,225 malades, il y eut 124 personnes atteintes de 133 corps étrangers.

Traitement : dans l'immense majorité des cas, l'injection suffit; parfois, on fut obligé de placer le malade dans la position indiquée par Vollolini (membrane et paroi postéro-supérieure du conduit formant un plan oblique en bas). Rarement on eut recours aux instruments (pince de Trautmann). Quand le corps était enclavé dans la caisse, refoulement par le cathétérisme, puis extraction par l'irrigation. La glycérine rétractait bien les légumineuses que l'injection d'huile faisait sortir. Une fois, l'auteur perfora un morceau de liège avec le galvano-cautère, suivant le procédé de Voltolini. Les tentatives d'extraction avaient souvent produit de grands désordres. R. C.

Digitized by Google

REVUE GÉNÉRALE.

DE L'HYPNOTISME

HISTORIQUE, MODES DE PRODUCTION, SYMPTÔMES, MÉDECINE LÉGALE,

Par A. PITRES et R. GAUBE.

(*Suite*. — Voy. tome XXVII, p. 325.)

III. — SYMPTÔMES ET FORMES CLINIQUES DES DIVERS ÉTATS HYPNOTIQUES.

Lorsqu'on soumet un grand nombre de personnes à l'action des divers procédés hypnogènes que nous avons précédemment énumérés, on n'obtient pas toujours des résultats identiques. Certains sujets restent indifférents à leur influence et parmi ceux qui sont hypnotisables, les phénomènes de l'hypnose provoquée sont loin d'être toujours semblables. Quelques sujets éprouvent seulement une sensation plus ou moins forte d'engourdissement général ou de fatigue cérébrale, d'autres s'endorment légèrement, d'autres tombent dans un état de sommeil très profond avec ou sans rigidité des membres.

Pour décrire méthodiquement les symptômes de l'hypnose expérimentale, il importe de tenir compte des différentes formes ou phases sous lesquelles elle peut se manifester. M. Liébeault, qui a habituellement expérimenté sur des sujets non hystériques, a depuis longtemps décrit cinq degrés distincts du sommeil hypnotique :

PREMIER DEGRÉ : *Somnolence;* pesanteur, engourdissement;

DEUXIÈME DEGRÉ : *Sommeil léger;* les sujets entendent tout ce qui se passe autour d'eux;

TROISIÈME DEGRÉ : *Sommeil profond;* les sujets ne se souviennent plus de ce qu'ils ont fait, dit ou entendu pendant leur sommeil, mais ils sont encore en rapport avec les personnes présentes comme avec leurs endormeurs;

QUATRIÈME DEGRÉ : *Sommeil très profond;* l'isolement du sujet est complet et il n'est plus en rapport qu'avec celui qui l'a endormi;

CINQUIÈME DEGRÉ : *Somnambulisme.*

M. Charcot, dont les études ont été exclusivement faites sur des hystériques, reconnaît trois états hypnotiques différents : l'ÉTAT CATALEPTIQUE, l'ÉTAT LÉTHARGIQUE, l'ÉTAT SOMNAMBULIQUE. Cette division, qui est fondée

Digitized by Google

sur l'analyse très rigoureuse d'observations typiques, a été acceptée par tout le monde. Il faut bien reconnaître toutefois qu'elle ne comprend pas tous les degrés possibles de l'hypnose provoquée, mais seulement ses phases les mieux caractérisées.

1° État léthargique.

Définition. — La léthargie est surtout caractérisée par la résolution générale du système musculaire. Le sujet placé en état léthargique paraît être profondément endormi : il est incapable de mouvoir ses membres et de communiquer avec le monde extérieur. C'est cette phase du sommeil hypnotique qu'on a souvent appelée la mort apparente.

Modes de production. — La léthargie peut être obtenue primitivement ou succéder à une autre phase de l'hypnose artificielle. Dans le premier cas, elle se développe sous l'influence de la fixation du regard, de la compression des globes oculaires, de la pression des zones léthargogènes, etc. Dans le second, elle succède à la catalepsie par le fait de la brusque disparition de la cause qui a provoqué ce dernier état (extinction de la lumière, occlusion des paupières). Elle peut aussi succéder au somnambulisme par suite de la pression du vertex ou de la compression des globules oculaires.

Début. — Le début de la léthargie est souvent (mais non pas toujours) accompagné par un léger spasme laryngien. Les sujets font une inspiration profonde, ils poussent un petit cri, puis ils s'affaissent sur eux-mêmes et tombent lourdement sur le sol. Leurs membres sont alors dans la résolution complète. Les yeux sont habituellement fermés, les paupières animées d'un frémissement incessant. Si on soulève les paupières, on aperçoit les globes oculaires convulsés en haut et en dedans.

Symptômes.— État de la respiration et de la circulation. — La courbe respiratoire ne présente rien qui la distingue de celle de l'état de veille. Rapides et précipités aux débuts de l'hypnose, les mouvements deviennent plus lents et plus profonds à mesure que celle-ci se prolonge. Le pouls est régulier ; il bat de quatre-vingt-dix à cent fois par minute.

Sensibilité. — La sensibilité générale est abolie. La peau, les muqueuses peuvent être pincées, piquées, brûlées, sans que les sujets en expérience paraissent s'en apercevoir.

Les organes des sens paraissent aussi avoir perdu leur activité. On peut crier aux oreilles des malades, placer sous leur nez de l'ammoniaque, sans que ces excitations donnent lieu à des mouvements de recul, sans qu'aucun frémissement dans les traits des sujets indique qu'ils aient perçu les sensations.

Il ne faudrait pas croire cependant que l'insensibilité fût aussi complète qu'elle le paraît.

Il nous est arrivé souvent d'interroger des malades placées en état somnambulique sur les expériences qui avaient été faites sur elles pendant qu'elles étaient en état léthargique, et plusieurs racontaient avec précision tout ce qui s'était passé alors. « Vous m'avez appelée, disaient-elles, mais je ne pouvais vous répondre ; vous m'avez fait sentir de l'ammoniaque qui me piquait fortement le nez, mais je ne pouvais me reculer, etc. »

Digitized by Google

Motilité. — Nous avons déjà dit que pendant le sommeil léthargique les muscles sont dans le relâchement complet. Les membres soulevés retombent inertes. Le tonus musculaire paraît aboli ou tout au moins très diminué. Les malades sont incapables d'exécuter aucun mouvement volontaire. Leurs muscles sont cependant excitables. Si on lance à travers leurs fibres un courant faradique suffisamment intense, ils se contractent comme des muscles normaux. Des secousses électriques isolées provoquent des secousses musculaires différant un peu de celles qu'on obtient avec des muscles tout à fait physiologiques. Les tracés recueillis dans ces conditions montrent que la période de relâchement du muscle léthargique est souvent interrompue par une ascension secondaire et que cette période est plus longue qu'à l'état normal.

Ce fait indique déjà une excitabilité anormale de muscle. Mais cette excitabilité anormale se révèle par des caractères bien plus nets et bien plus curieux dans certaines conditions expérimentales déterminées par Charcot et Richer.

Les excitations mécaniques des muscles, des tendons et des nerfs déterminent, en effet, avec la plus grande facilité, chez certains sujets, pendant le sommeil léthargique, des contractions ou des contractures musculaires. Il convient d'étudier séparément les effets des excitations isolées des tendons, des nerfs et des muscles.

A. Excitation des tendons. — L'exagération des réflexes tendineux est un fait commun dans l'hystérie grave ; quelquefois bilatérale, elle prédomine généralement du côté anesthésié, mais elle acquiert, sous l'influence de l'état léthargique, une intensité caractéristique.

Chez les sujets peu sensibles, la percussion ne produit parfois qu'une série de secousses musculaires, sans tendance à la contracture; tandis que la malaxation du tendon, sa friction prolongée, déterminent la contracture permanente. Chez les sujets très sensibles, au contraire, le choc des tendons provoque des contractures violentes et diffuses, et, pour obtenir des contractures localisées, il faut se contenter d'exercer une pression légère et graduelle sur les tendons qu'on veut exciter.

Toutes les modalités diverses auxquelles peut donner lieu l'exaltation du réflexe tendineux dans l'hypnotisme reposent, dit M. P. Richer, sur deux point principaux :

a) Extension, diffusion de l'action réflexe ;

b) Modification de la contraction musculaire qui en est la conséquence.

a) La *diffusion de l'action réflexe* se présente à des degrés variables suivant les malades. Chez quelques sujets, non seulement les réflexes tendineux s'exagèrent sur place et donnent lieu à une contraction violente du muscle intéressé, mais encore s'irradient et se généralisent. C'est ainsi qu'un choc sur le tendon rotulien peut amener un soubresaut dans le bras du même côté, dans les deux bras à la fois et même dans tout le corps.

Cette diffusion se fait sans règle précise et n'obéit pas aux lois de Pflüger; seule la loi d'irradiation a été jusqu'ici toujours respectée. Le réflexe des membres inférieurs retentit sur les membres supérieurs; on ne l'a jamais vu suivre une marche inverse.

b) *Modifications de la contraction musculaire.* La contraction muscu-

Digitized by Google

laire qui suit le choc tendineux a une tendance marquée à la contracture; celle-ci s'établit d'emblée dans les cas de percussion violente; elle se fait progressivement et par degrés lorsque le choc est modéré et plusieurs fois répété.

Chez quelques malades la contracture reste confinée aux muscles en continuité de tissu avec les tendons excités; la diffusion des réflexes tendineux se fait seule; elle n'est pas suivie de la diffusion de la contracture réflexe.

Chez d'autres malades, ces deux caractères se montrent à la fois. Percutez le tendon rotulien gauche à cette catégorie de sujets, la contracture réflexe n'atteindra pas seulement le membre inférieur gauche, mais il s'étendra aux autres membres. Tantôt cette diffusion de la contracture réflexe demeure localisée à un côté du corps, tantôt elle dépasse la ligne médiane et s'étend aux quatre membres et même à tout le corps.

Ainsi, on le voit, diffusion du réflexe et tendance à la contracture ne sont pas des phénomènes connexes, à marche parallèle; bien mieux, l'extension du réflexe tendineux se montre souvent chez les sujets dont l'hyperexcitabilité neuro-musculaire est très faible. Il y a là une sorte de contradiction. Elle s'explique de la façon suivante, dit Paul Richer, auquel nous avons emprunté les détails qui précèdent :

« Dans ces cas, le phénomène, pour se développer, rexige une excitation intense et répétée. L'ébranlement nerveux qui en est la conséquence tend à se propager dans toute l'étendue des centres, et la contraction réflexe en même temps que la contracture se généralise. Au contraire, chez les malades qui présentent à un haut degré l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, il suffit du plus léger choc tendineux pour produire immédiatement la contracture localisée, et, dans ce cas, l'excitation n'est pas assez vive pour tendre vers la généralisation. »

B) *Excitation des nerfs.* Les expériences de Charcot et Richer ont porté sur l'excitation mécanique des gros troncs nerveux, facilement accessibles. Il importait d'éviter toute cause d'erreur, de mettre en jeu, par exemple, dans la recherche d'un nerf trop profondément situé, les propriétés des muscles sus-jacents.

En excitant, dans sa gouttière rétro-épitrochléenne, le nerf cubital, la main se contracture dans une attitude spéciale, rappelant l'attitude hiératique. Les deux derniers doigts se ferment dans la paume de la main, et le pouce dans l'adduction vient appuyer sur eux sa face palmaire. L'index et le médius restent étendus. Cette attitude est connue sous le nom de *griffe cubitale.*

L'excitation du médian, celle du radial, donnent lieu à des contractures aussi caractéristiques : *griffe médiane*, *griffe radiale*, se présentant toujours les mêmes dans tous les cas. Les résultats sont constamment conformes aux données de la plus scrupuleuse anatomie. La simulation ne peut ici entrer en ligne de compte. Il faudrait attribuer à nos malades, pour la plupart ignorants, des connaissances anatomo-physiologiques que posséderait à peine, pris à l'improviste, le plus habile anatomiste.

C. *Excitation des muscles.* — La pression sur un muscle, sa malaxation, le font entrer immédiatement en contracture. L'excitation mécanique porte-t-elle en pareil cas sur la fibre musculaire elle-même ou sur les rameaux nerveux qui l'animent? On ne saurait se prononcer encore.

Digitized by Google

Toutefois il est reconnu que, pour répondre à l'excitation, le muscle doit être touché aux points d'émergence ou d'immergence de ses nerfs, à ceux connus en éléctro-physiologie sous le nom de *points d'élection.*

Une friction exercée sur le sterno-cléido-mastoïdien fléchit, incline la tête de son côté et lui imprime un mouvement de rotation qui porte la face du côté opposé.

La pression exercée sur les fibres du fléchisseur superficiel des doigts amène la flexion des secondes phalanges sur les premières et de celles-ci sur les métacarpiens.

Et ainsi pour tous les muscles des membres ou du tronc qui peuvent être directement influencés. La contracture ainsi produite est des plus énergiques. Il est impossible de la vaincre par la force, on obtiendrait plutôt la rupture des tendons ou des surfaces osseuses d'insertion. Un seul moyen met fin à la contracture, l'excitation de même degré des muscles antagonistes.

On le voit, les muscles longs répondent à l'excitation mécanique, comme ils le feraient, à l'état de veille, à la faradisation. Cette identité de réaction ne se retrouve pas pour les muscles larges et fasciculés tels que le deltoïde ou le trapèze. Tandis que l'on peut, au moyen de l'électrisation, isoler l'action de chacun de leurs faisceaux, l'excitation portée sur un point même limité du muscle, pendant la léthargie, produit sa contracture en masse. De plus, presque toujours, cette contracture est accompagnée de celle des muscles synergiques.

Les muscles de la face se conduisent d'autre manière que ceux du membre ou du tronc. Ils se contractent, mais ne se contracturent jamais.

Nous empruntons à P. Richer les conclusions suivantes des nombreuses expériences faites à la Salpêtrière.

1° « La localisation la plus exacte est obtenue à l'aide d'une *pression modérée,* pratiquée avec l'extrémité arrondie d'un petit bâton. Si l'excitation est trop légère, de façon à ne consister qu'en un grattement superficiel de la peau, elle retentit presque toujours sur un plus ou moins grand nombre de muscles voisins de la région excitée et parfois sur quelques muscles éloignés. Dans ce cas, la contraction musculaire est fugace et peu accusée, c'est un simple frémissement musculaire ou bien une série de petites convulsions cloniques qui se rapprochent du tremblement. Une excitation trop forte se propage souvent à quelques muscles voisins.

2° « La contraction du muscle cesse le plus souvent en même temps que la pression. Elle persiste quelquefois très peu de temps après que l'excitation a cessé, surtout si l'on a un peu insisté, mais elle ne se transforme jamais en contracture. Le muscle peaussier est celui dont la contracture se maintient le plus longtemps, tenant en quelque sorte le milieu entre les muscles des membres et ceux de la face.

3° « Malgré la persistance de l'excitation, l'action produite ne tarde pas à s'épuiser. Tout en maintenant la pression à un degré égal sur le point qui a provoqué la contraction du muscle, on ne tarde pas à voir celle-ci s'effacer peu à peu et finir par disparaître complètement.

4° « L'excitation unilatérale d'un muscle pair s'obtient le plus souvent fort aisément; mais il arrive parfois que l'excitation retentit sur le muscle homologue du côté opposé, qui se contracte alors toujours plus

Digitized by Google

faiblement. Il nous a semblé que cette loi de synergie des muscles pairs se manifestait d'autant plus facilement que ces muscles pairs étaient situés plus près de la ligne médiane. En tout cas, nous avons bien des fois remarqué qu'une double excitation, portée à la fois sur les deux muscles pairs, donnait lieu à une exagération du mouvement obtenu avec l'excitation unilatérale.

5° « Il est possible de faire contracter à la fois plusieurs muscles, de façon à reproduire les *contractions combinées expressives* ou les *contractions combinées inexpressives*, pour nous servir des dénominations employées par Duchesne;

6° « A part l'action synergique des muscles pairs... l'action musculaire due à l'hyperexcitabilité neuro-musculaire reste exactement localisée au point directement excité, ressemblant en cela à ce qui a lieu avec la faradisation localisée... Dans les contractions combinées expressives l'excitation demande à être portée simultanément sur les différents muscles qui concourent à la même expression. En aucun cas l'action d'un seul de ces muscles n'entraîne celle des autres muscles dont le concours est nécessaire pour rendre une expression donnée. »

L'hyperexcitabilité neuro-musculaire de la face ne se montre pas également chez tous les sujets. Chez le plus grand nombre, elle fait défaut; on la trouve à peine chez le vingtième des hystériques hypnotisables.

La contracture, telle que nous venons de l'analyser, est la seule possible pendant l'état léthargique. Elle est le résultat d'une excitation portée directement sur le tendon, le nerf ou la masse musculaire elle-même. Les attouchements légers de la peau, les frôlements de la surface cutanée ne peuvent, dans cette phase de l'hypnose, engendrer la contracture.

« Une excitation mécanique qui n'intéresse que la peau, disent Charcot et Richer, comme le pincement, la piqûre — en ayant bien soin de n'exercer dans ces manœuvres aucune pression même légère sur les parties profondes — n'ont qu'un effet absolument négatif.

« Une excitation plus légère comme le frôlement, une pression modérée, pourvu que l'on ait soin d'isoler le point excité des parties sous-cutanées en faisant un pli à la peau, demeure également sans résultat. Tandis qu'au même point une excitation mécanique quelconque qui intéresse au travers du tégument cutané un organe sous-jacent, tel qu'un muscle, un tendon ou un nerf, détermine immédiatement la production de la contracture localisée. »

Dumontpallier et Magnin s'élèvent contre cette assertion. La contracture léthargique résulte aussi bien, suivant eux, de l'excitation légère des téguments que de la pression des muscles. Dans une observation que cite Magnin, une mouche venant se poser sur la zone cutanée correspondant au jambier antérieur du côté gauche détermine la contracture de ce muscle, d'où pied bot varus équin. Des agents n'éveillant que la sensibilité cutanée, l'application du froid, par exemple, peuvent être suivis d'effets positifs. Chez une de leurs malades, « portait-on la pointe d'un crayon de glace, au niveau du coude, sur le trajet du cubital, immédiatement entraient en action tous les muscles animés par ce nerf. La griffe cubitale se montrait avec tous ses caractères. Mêmes résultats par l'application d'une goutte d'éther ou simplement d'une goutte d'eau

Digitized by Google

froide. » Il est difficile de croire qu'un observateur aussi sagace que Dumontpallier ait, dans toutes ses expériences, commis toujours la même erreur et rapporté à la léthargie ce qui revenait de plein droit au somnambulisme. Il n'en est pas moins douteux pour nous que le médecin de la Pitié s'est trouvé, ainsi que ses élèves, en face de faits complexes. Or ces faits sont mauvais pour l'analyse. La thèse soutenue par Dumontpallier et Magnin n'affaiblit du reste en aucune façon le résultat des observations de la Salpêtrière. Les faits sont différents, et voilà tout.

Bottey dit aussi avoir obtenu chez les léthargiques des contractions par excitation superficielle de la peau. Il ajoute : « On les rencontre dans la léthargie, mais seulement chez les sujets qui sont cataleptisables. Il semble que l'état cataleptique soit indispensable pour leur production primordiale et pour leur donner ensuite droit de domicile dans les autres états hypnotiques (léthargie, somnambulisme). » Mais Bottey expérimentait sur des sujets sains et nous n'avons en vue ici que l'hypnotisme chez les hystériques.

La contraction léthargique est la seule susceptible d'une localisation précise. Elle n'intéresse que le muscle ou le groupe musculaire excité directement ou par l'intermédiaire de ses rameaux nerveux. Nous verrons plus tard qu'en cela encore elle se différencie des contractures de l'état somnambulique d'origine cutanée, souvent diffuses au contraire.

La contracture léthargique se dissipe sous l'influence de l'irritation mécanique des muscles antagonistes. Dumontpallier et Magnin, sans nier que la décontracture d'un fléchisseur, par exemple, puisse être due à l'excitation des extenseurs, déclarent que si un attouchement minime porté sur la surface cutanée correspondant à un muscle a provoqué la contracture de ce muscle, ce même attouchement léger porté à nouveau sur le même point de la peau amènera la résolution musculaire. C'est toujours la formule de Dumontpallier : « L'agent qui fait défait. La cause qui fait défait. »

Quelques observations nous montrent la contracture de l'état léthargique persistant après le réveil. Il faut alors, pour la faire disparaître, endormir de nouveau le sujet et recourir à l'excitation des antagonistes. Dans d'autres cas, la contracture ne résiste qu'autant que l'on ne réveille la malade qu'après l'avoir fait passer par l'état cataleptique. Enfin, dans une troisième série de faits, elle ne survit pas à la disparition de l'hypnose.

Cette contracture est sujette au transfert. Supposons une contracture des fléchisseurs des doigts gauches et à côté de l'avant-bras droit plaçons un aimant. Au bout d'un temps variable, mais assez court, nous verrons la contracture envahir progressivement les doigts de la main droite. En même temps, les doigts primitivement atteints se décontractureront peu à peu.

Ce phénomène de transfert a donné lieu à des expériences curieuses. En 1880, Brissaud et Ch. Richet ont montré qu'en anémiant un membre par l'application d'une bande d'Esmarch, on met ce membre dans l'impossibilité d'entrer en contracture. La malaxation reste dès lors sans résultat. Mais, la bande enlevée, à peine la circulation se rétablit-elle, que la contracture se produit d'elle-même sans nouvelle excitation. La contracture était restée *latente*. En 1881, Charcot et P. Richer reprirent

Digitized by Google

ces expériences. Ils apportèrent à leur appui de nouveaux faits et de plus montrèrent que cette contracture latente est sujette au transfert. Sur une malade en catalepsie, le bras droit est ischémié au moyen d'une bande d'Esmarch. On provoque la léthargie et on excite le cubital dans sa gouttière rétro-épitrochléenne. La griffe caratéristique ne se produit pas. Un aimant est placé près du membre supérieur gauche; la griffe cubitale se montre aussitôt de ce côté. Il y avait donc eu dans le bras droit une sorte d'emmagasinement de la contracture.

L'hyperexcitabilité neuro-musculaire ne se présente pas au même degré chez tous les individus. Même chez les sujets où elle est marquée, elle prédomine parfois dans un côté du corps. L'irritabilité de la malade, les attaques qu'elle vient de supporter sont la cause de variations journalières.

La répétition des expériences fait acquérir à l'hyperexcitabilité plus de précision et d'intensité. Parfois, chez une malade, les réflexes tendineux ont une tendance à provoquer la contracture généralisée. Puis, peu à peu, celle-ci se localise et des contractions partielles sont possibles. Il s'agit là de phénomènes d'ordre réflexe, dont l'habitude facilite le développement et qu'elle perfectionne.

Si l'on range par ordre de fréquence les troubles moteurs que nous venons d'étudier, on voit que celui qui se rencontre le plus souvent est l'exagération des réflexes tendineux. Viennent ensuite les contractures par excitation directe, des muscles d'abord, puis des nerfs. L'hyperexcitabilité neuro-musculaire ne se montre à la face que dans les cas les plus accusés.

Quelle est la nature de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, où trouve-t-elle sa raison d'être ?

Ainsi que le dit P. Richer, tous les faits prouvent que ce phénomène est de nature réflexe. L'excitation mécanique périphérique produisant non une contraction, mais une contracture, nous montre déjà qu'entre l'excitation et son résultat, l'action spéciale des centres nerveux a dû intervenir. — La cessation de la contracture par friction des antagonistes ne peut-elle s'expliquer par une action d'arrêt, par une inhibition d'origine médullaire, détruisant la modification du centre nerveux primitivement produite ?

La contracture léthargique n'est pas toujours localisée, elle se diffuse souvent; mais cette diffusion ne se fait pas de proche en proche, elle suit des lois physiologiques déterminées : la contracture du deltoïde, par exemple, est toujours accompagnée de celle du grand dentelé qui lui est synergique. La raison de cette propagation ne peut se trouver que dans les anastomoses des différents foyers d'origine des nerfs médullaires. Enfin, la contracture latente, le transfert, etc., peuvent-ils ne pas être d'origine centrale ?

L'hyperexcitabilité neuro-musculaire est un réflexe, mais un réflexe exagéré. Cette exagération a sa raison d'être dans une modification dynamique, une excitabilité plus grande qu'à l'état normal des centres médullaires. Arrêtez le fonctionnement de ces centres et, par là même, l'hyperexcitabilité disparaîtra.

L'expérience suivante appartient à P. Richer. Une malade est mise en léthargie, puis chloroformée. Pendant la période d'excitation, les con-

Digitized by Google

tractures se font violentes, énergiques, se diffusent et facilement se généralisent. Pendant la résolution, au contraire, on peut malaxer et percuter tendons, muscles et nerfs, toute trace d'hyperexcitabilité a disparu.

Il reste à déterminer la voie centripète du réflexe. Les excitations mécaniques purement cutanées sont, nous l'avons vu, incapables de produire des contractures dans l'état léthargique. C'est donc plus profondément qu'il faut chercher. On se rappelle les recherches de Sachs, de Tschirjew, de Erb et de quelques autres sur les filets nerveux sensitifs des tendons et des aponévroses d'enveloppe des muscles. Il est rationnel d'admettre que, dans le cas actuel, ce sont ces nerfs sensitifs spéciaux qui sont intéressés.

L'excitation porte-t-elle sur les tendons ou sur les muscles, ce sont les nerfs sensitifs de ces tendons, des aponévroses musculaires ou des muscles eux-mêmes qui entrent en jeu. L'excitation porte-t-elle sur un tronc nerveux, les filets sensitifs, au lieu d'être intéressés à leur périphérie, le sont sur un point de leur parcours, dans leur chemin vers le centre.

En résumé, l'hyperexcitabilité neuro-musculaire de l'état léthargique est un phénomène de nature réflexe qui a sa raison d'être dans une exagération dynamique des centres et qui a pour chemin l'arc diastaltique musculaire.

C'est ici le lieu de placer certaines expériences communiquées par Charcot, en janvier 1882, à la Société de biologie, bien que, de l'aveu même de l'auteur, les faits aient encore besoin d'un contrôle approfondi. Ils tendraient en effet à prouver que, pendant l'état léthargique, l'hyperexcitabilité n'appartient pas seulement aux muscles et aux nerfs, mais s'étend encore aux zones psycho-motrices de l'écorce cérébrale.

On connaît l'ingénieuse expérience de Erb démontrant que l'excitation galvanique extérieure du cuir chevelu se transmet réellement à travers les téguments, la boîte crânienne et la dure-mère jusqu'à l'encéphale. Après avoir répété cette expérience, en avoir contrôlé les résultats, Charcot adopta pour ses recherches le dispositif suivant :

Les pôles étaient placés tous deux sur une même moitié du crâne, l'un d'eux maintenu sur le sommet de la tête, à 2 ou 3 centimètres de la ligne médiane, à l'extrémité d'une ligne verticale qui passerait par un conduit auditif externe ; — point correspondant à peu près à la limite supérieure de la région encéphalique dite zone motrice corticale ; — l'autre placé, soit au devant et un peu au-dessus du pavillon de l'oreille, soit en arrière à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'apophyse mastoïde.

Voici les résultats : les secousses musculaires se produisent à l'ouverture et surtout à la fermeture du courant. Chez quatre hystériques, elles occupèrent, pendant l'état léthargique, exclusivement le côté opposé du corps, à savoir la moitié de la face et les deux membres, tandis qu'une fois les sujets réveillés, l'application du courant resta sans résultat.

Il aurait été possible, dès lors, de conclure provisoirement à l'existence d'une hyperexcitabilité des zones motrices corticales, si dans une deuxième série d'expériences les résultats n'avaient été différents. Chez

Digitized by Google

quatre autres hystériques, en effet, les secousses se sont montrées avec une prédominance marquée du même côté du corps.

Toute conclusion doit donc être ajournée ; l'excitation des zones motrices corticales ne saurait rendre compte de ces résultats dissemblables. Peut-être pourrait-on, se fondant sur les expériences de Marshal-Hall, Brown-Séquard, Bochefontaine et Duret, faire intervenir ici l'excitation des régions sensibles de la dure-mère. Charcot ne saurait se prononcer en ce moment.

Pendant la durée de la léthargie, chez deux malades qui présentaient d'ailleurs les symptômes de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, B. Silva a observé des réactions singulières à la suite de la percussion de diverses parties du corps. En percutant le long de la ligne médiane du corps entre le pubis et l'ombilic, on provoquait à chaque coup de marteau des mouvements de latéralité de la tête (signe négatif). En percutant le long du sternum et de l'épigastre, on déterminait des mouvements de mastication. En percutant le sommet de la tête et le long de la colonne vertébrale on obtenait des mouvements des membres. Ces divers mouvements se produisaient également bien par la percussion et par la compression des régions indiquées.

Enfin la percussion ou la pression légère des régions latérales du crâne au niveau des points moteurs du cerveau provoquait des mouvements limités dans les membres du côté opposé du corps. Quand par exemple on percutait la région temporale gauche, dans le point correspondant au centre cortical des membres supérieurs, on obtenait un léger mouvement de flexion de l'avant-bras droit sur le bras, de la main sur l'avant-bras et en même temps un léger mouvement de pronation de l'avant-bras et d'adduction du pouce. Si on percutait la région correspondant au centre du membre inférieur, on provoquait une légère contraction du quadriceps fémoral, du tibial antérieur et du gastro-cnémien du côté opposé. A chaque coup succédait une contraction. La pression du front empêchait la production des mouvements. La friction des deux régions temporales provoquait des convulsions épileptiformes.

B. Silva a donné le nom de phénomène rolandique à ces effets croisés de la percussion du crâne.

Dumontpallier a présenté à la Société de biologie une malade chez laquelle les contractions musculaires limitées pouvaient être provoquées par l'excitation produite par le courant d'air provenant d'un soufflet capillaire et projeté sur différents points du crâne. Il est à peine besoin de dire que ces phénomènes n'ont pas encore reçu une explication précise.

Variétés de la léthargie. — La léthargie a des formes frustes dont nous allons dire quelques mots. Blanc-Fontenille a pu étudier quelques-unes de ces formes et en a donné une bonne description. (Voir *R. S. M.* XXVII.)

Il s'agit d'états léthargoïdes dans lesquels les malades sont incapables d'exécuter aucun mouvement volontaire; leurs muscles sont dans un état de relâchement complet; les membres soulevés retombent inertes. Il n'y a pas d'hyperexcitabilité neuro-musculaire ; la friction, le souffle, le choc, la secousse, le contact des métaux, sont inefficaces à produire des contractures diffuses. L'excitation des zones spasmogènes ne provoque plus d'attaques convulsives. Les paupières sont animées d'un léger frémis-

Digitized by Google

sement, les yeux sont clos, les globes oculaires convulsés en haut et généralement en dedans. La respiration et la circulation sont normales et les mêmes qu'à l'état de veille. Les malades semblent être complètement séparées du monde extérieur. Cependant elles entendent tout ce qui se dit et se fait autour d'elles sans que rien (si ce n'est quelquefois un frémissement plus rapide des paupières ou une légère contraction des lèvres) puisse faire soupçonner qu'elles pensent et entendent. Elles ressentent également, sur les parties du corps non anesthésiques, sans pouvoir s'y soustraire, les sensations douloureuses; le contact des métaux, sans produire l'attaque convulsive, cause une sensation de brûlure très pénible. Ces sensations de contact sont parfaitement perçues, et, une fois sortie de léthargie, la malade vous dit très bien où vous l'avez touchée et le degré de pression que vous avez exercé.

Les suggestions sont parfaitement acceptées et les actes commandés pendant l'état léthargique sont exécutés par les malades à leur retour à l'état somnambulique ou à l'état de veille.

Ces caractères ne se retrouvent pas toujours les mêmes chez tous les sujets; il en est chez lesquels la léthargie est atténuée, où les zones spasmogènes ne perdent pas leur excitabilité, où les muscles peuvent, sous l'influence de certaines excitations cutanées, entrer en contraction. Dans d'autres cas, au contraire, la léthargie est plus profonde, les mouvements du cœur sont ralentis, la respiration est lente, pénible et les malades n'entendent rien de ce qui se dit ou se fait autour d'elles. Toutefois ces formes sont exceptionnelles.

En somme, cet état diffère de la léthargie pure du grand hypnotisme par l'absence d'hyperexcitabilité neuro-musculaire, la persistance de la sensibilité générale, des sens spéciaux et de la conscience.

A côté de ces formes frustes viennent s'en placer d'autres dans lesquels la léthargie semble ne pouvoir être séparée de la catalepsie. On n'a jamais sous les yeux qu'une sorte d'état mixte ou des symptômes cataleptoïdes se mêlent à l'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

Les malades ont les yeux le plus généralement fermés et les paupières sont le siège d'une trépidation continue. Parfois les yeux sont ouverts, mais les globes oculaires n'ont aucune fixité et roulent dans l'orbite. Les articulations n'ont pas la souplesse de l'état cataleptique pur, elles gardent une certaine raideur; les membres sont lourds à soulever et ils ne conservent qu'avec difficulté les positions qu'on leur imprime. Il faut y insister, les maintenir quelque temps, les brusquer même et encore ils ne tardent pas à retomber. Les réflexes tendineux, au lieu d'être diminués, sont notablement exaltés.

Dans une observation de P. Richer, le choc rotulien, en outre de la secousse de la jambe, produit un soubresaut dans les deux bras. La percussion, la friction des tendons du poignet amènent la contracture de la main. La malaxation du cubital derrière l'épitrochlée donne lieu à la griffe caractéristique et l'excitation isolée des muscles à la contracture localisée de chacun d'eux.

Voilà certes un type clinique se rattachant bien plus à la léthargie qu'à la catalepsie; les symptômes cataleptoïdes qui seuls pourraient faire croire à la fusion des deux états ressortissent complètement de l'hyperexcitabilité musculaire. Le membre qui semble cataleptique n'est que

Digitized by Google

contracturé et la contracture reconnait pour cause l'excitation des muscles dans les efforts faits pour obtenir le maintien de la position.

Il ne faudrait pas s'attendre à pouvoir réduire de la sorte tous les états donnés comme mixtes; il en est chez lesquels les caractères des différentes phases de l'hypnotisme sont véritablement fusionnés. Nous devons nous borner à signaler ces observations; il serait trop long d'entrer pour chaque série dans des descriptions, d'ailleurs inutiles.

Cessation de l'état léthargique. — La léthargie peut cesser par le retour immédiat à l'état de veille ou par le passage à une autre phase du sommeil hypnotique. La pression énergique de l'ovaire chez les hystériques, la pression des globes oculaires chez les sujets non hystériques amènent souvent le réveil brusque. La pression du vertex transforme fréquemment l'état léthargique en état somnambulique. L'ouverture des paupières dans un lieu éclairé transforme la léthargie en catalepsie. Lorsque les malades sont revenues à l'état de veille, elles n'ont habituellement aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant qu'elles étaient plongées dans le sommeil léthargique.

2° État cataleptique.

Définition. — L'état cataleptique est surtout caractérisé par la perte des manifestations extérieures de la sensibilité, par l'absence de spontanéité psychique et motrice et par l'exagération du tonus musculaire, exagération par le fait de laquelle les sujets conservent, sans fatigue, les attitudes dans lesquelles ils ont été saisis par le sommeil ou celles qui sont communiquées à leurs membres pendant la durée de ce sommeil.

Modes de production. — La catalepsie peut survenir d'emblée sous l'influence de la fixation d'un foyer lumineux intense, de l'audition d'un bruit violent et imprévu, de la pression des zones cataleptogènes etc., ou secondairement, par transformation de l'état léthargique ou de l'état somnambulique. Il suffit souvent par exemple, ainsi que nous venons de le dire, d'ouvrir les yeux des sujets en état de sommeil léthargique pour provoquer la catalepsie.

Début. — Dans les différentes conditions que nous venons d'énumérer, l'invasion de la catalepsie est brusque, soudaine. Quelques procédés cependant en amènent le développement lent et progressif. Ainsi agissait la méthode de Braid, la fixation prolongée d'un objet éloigné, les vibrations lentes et basses du diapason, le tic-tac d'une montre. Dans ces derniers cas, il faut, pour ainsi dire, saisir la catalepsie au passage. Le moment est court où l'on peut la fixer. Les yeux du sujet sont-ils larmoyants, fixes, sans clignotement des paupières, arrêtez-vous; l'action prolongée du mode opératoire conduirait à la léthargie.

Quel que soit le procédé employé, au bout d'un temps variable, (quelques secondes ou plusieurs minutes) le sujet devenu cataleptique se montre comme fasciné, immobile. Les yeux sont grands ouverts, le regard fixe, la conjonctive injectée et humide. Il n'y a ni clignotement des paupières, ni convulsion des globes oculaires.

Symptômes. — État de la sensibilité. — La sensibilité générale est ordinairement abolie. Le tégument externe reste insensible à toutes sortes

Digitized by Google

d'excitations. Les yeux sont habituellement ouverts, fixes, immobiles. Les larmes s'écoulent lentement le long des joues. L'audition paraît peu active. Dans un cas rapporté par Cerise, le sujet présentait une sorte de *sensibilité élective*. Il n'obéissait qu'à la parole de l'infirmier chargé de lui donner les soins habituels. Il était insensible aux injonctions venues de toute autre personne.

État de la circulation et de la respiration. — Braid avait déjà signalé l'accélération du pouls dans la catalepsie. Les pulsations sont en effet plus rapides que dans l'état de veille. Ces modifications sont dues à l'état hypnotique lui-même et non, comme le croit Bernheim, à l'émotion du sujet. Les recherches de Tamburini et Seppilli, faites avec le pléthysmographe de Mosso, celles de Richer faites avec le sphygmographe à air, nous montrent que, dans la catalepsie, contrairement à ce qui se passe dans la léthargie, le tracé tend à descendre, le volume de l'avant-bras diminue, les vaisseaux périphériques se retrécissent.

La respiration est calme, tranquille. Les mouvements du thorax et de l'abdomen, toujours concordants, sont lents, rares et séparés par de longues pauses.

État de la motilité. — Les troubles de la motilité sont caractéristiques. Les articulations sont sans raideur; les membres ont conservé leur souplesse normale, mais ils ont acquis la singulière propriété de garder l'attitude qu'on leur imprime. Les positions les plus bizarres, les plus illogiques sont longtemps supportées et cela sans fatigue apparente. Le sens musculaire semble exagéré; le muscle peut proportionner son degré de contraction à la résistance qu'il doit vaincre. Un poids assez considérable, mal supporté dans l'état normal, n'influence pas sensiblement l'attitude imposée au membre. Cette attitude communiquée, la cataleptique la garde plus longtemps que ne peut le faire l'homme le plus vigoureux. Elle ne connaît pas la fatigue. Au bout d'un temps variable, les muscles cèdent, mais sans intervention volontaire.

Charcot et P. Richer ont eu l'idée d'enregistrer chez un de leurs sujets en catalepsie et chez un simulateur les moindres oscillations du bras étendu et la respiration. Chez la cataleptique, pendant toute la durée de l'hypnose, le stylet correspondant au bras a tracé une ligne droite, la respiration s'est montrée rare et superficielle. Chez le simulateur, au contraire, le tracé du bras a vite présenté des accidents, des oscillations dénotant la fatigue, celui de la respiration des irrégularités de rythme, indices de l'effort.

Les réflexes tendineux, exaltés dans l'état léthargique, sont ici diminués et même abolis.

L'hyperexcitabilité neuro-musculaire n'existe pas. Mais des phénomènes nouveaux ont apparu. La pression, la malaxation des tendons, des muscles ou des nerfs qui, dans la léthargie, déterminaient la contracture, provoquent ici le relâchement et la paralysie. Le muscle perd de sa tonicité, s'allonge, laissant aux antagonistes un rôle prédominant. C'est ainsi que l'excitation des fléchisseurs des doigts porte ceux-ci dans l'extension.

Comme la contracture léthargique, la paralysie cataleptique varie dans son intensité, sa diffusion et son mode de développement.

La friction des tendons amène le plus habituellement la paralysie de tout un membre.

Digitized by Google

Portée sur un muscle, l'excitation provoque une paralysie qui tantôt reste localisée à ce muscle et tantôt se diffuse et s'étend à tout le membre.

Mêmes résultats pour la pression des troncs nerveux. En excitant le cubital au coude, au lieu d'obtenir, comme dans la léthargie, la griffe cubitale, le pouce se place en extension et adduction forcées, l'index et le médius se fléchissent pendant que les derniers doigts restent étendus.

La paralysie *localisée* ne modifie en rien l'attitude cataleptique et d'ailleurs ne persiste pas au réveil. Au contraire, lorsque la paralysie atteint tout un membre, celui-ci retombe lourdement, flasque, inerte, insensible.

Portée à ce degré, la paralysie peut persister au réveil; les réflexes tendineux sont conservés ainsi que la contractilité faradique; mais la secousse musculaire est plus haute. Cet état, parfois transitoire, ne disparaît quelquefois que par l'électrisation.

Cette paralysie peut être transférée par les applications aimantées sur le membre opposé.

La secousse musculaire est, pendant la catalepsie, semblable à ce qu'elle est à l'état de veille. Il n'y pas de modifications de la courbe. Pendant l'état paralytique, la secousse est plus haute, mais elle reprend ses caractères normaux à mesure que disparait la paralysie.

Les phénomènes moteurs que nous venons de décrire sont les seuls qui, jusqu'ici, aient été constatés dans le *type pur* de la catalepsie. Il y a donc opposition nette, au point de vue neuro-musculaire entre l'état cataleptique et la léthargie. Mais il faut bien se garder de confondre la catalepsie franche avec d'autres états musculaires d'apparence trompeuse, sortes d'états mixtes qui peuvent procéder du somnambulisme ou de la léthargie ou même du mélange des diverses phases de l'hypnose. C'est là une source d'erreur à laquelle n'ont peut-être pas assez pris garde Dumontpallier et Magnin. Ces observateurs affirment qu'il leur a toujours été possible de provoquer chez leurs malades, dans cette phase de la somniation provoquée, des contractures intenses et localisées. Chez un sujet en catalepsie que cite Magnin, on élève le membre supérieur gauche; l'attitude se maintient. Au moyen d'un soufflet capillaire, on excite légèrement, au niveau du coude, la zone correspondant à la gouttière épitrochléo-olécranienne. La griffe cubitale se produit avec tous ses caractères et sauf le changement de position de la main, l'attitude communiquée reste la même. Est-ce à dire qu'il en soit ainsi dans tous les cas de catalepsie? Nullement. Richer donne lui-même la relation d'une hystérique chez qui, pendant les trois périodes du sommeil provoqué, les phénomènes neuro-musculaires restaient toujours les mêmes. Pendant la catalepsie, tout aussi bien que pendant la léthargie et le somnambulisme, des contractures réflexes se montraient par simple frôlement cutané ou pression profonde sur les muscles et les nerfs. Ce sont là des variations individuelles intéressantes, qu'il convient de signaler et de connaitre, mais qui ne modifient en rien le tableau que nous avons présenté du type pur et sans mélange de la catalepsie.

État mental. Suggestions pendant la catalepsie. — Le sujet, en état cataleptique, est un véritable automate. Il est incapable de spontanéité et ne se meut que sous l'influence des excitations sensitives et senso-

Digitized by Google

rielles venues du dehors. C'est une machine dont les rouages sont habilement combinés et qui ne se met en branle que sous l'impulsion qu'on lui communique. Il importe peu que cette impulsion soit un mouvement ou une impression sensorielle. Le résultat est toujours le même. C'est la mise en jeu de l'activité automatique du système nerveux, en dehors de toute intervention de la volonté et de la conscience.

Il y a quelque différence, nous le verrons plus loin, entre cet automatisme et celui de l'état somnambulique. Ici tout acte se passe à la façon d'un réflexe, sans autre participation de l'activité intellectuelle que celle strictement nécessaire à sa production.

L'étude de quelques phénomènes de suggestion permettra de s'en rendre compte.

Au premier rang se place l'influence exercée sur l'expression de la physionomie par les attitudes imprimées aux membres et au tronc. Rapproche-t-on les mains des lèvres comme pour envoyer un baiser, les traits deviennent gais et souriants. Les membres sont-il mis dans l'attitude du pugilat, les sourcils se froncent, la physionomie devient dure, haineuse, exprimant la colère et la menace. On peut varier les attitudes, simuler l'extase, la prière, l'angoisse ou l'effroi, la physionomie complétera l'expression du geste; l'harmonie, la coordination présideront toujours aux poses les plus diverses.

Charcot et Richer ont eu l'heureuse idée de procéder de façon inverse, et de rechercher, par la faradisation localisée des muscles de la face, l'influence de la physionomie sur le geste. C'était reprendre les expériences du Duchenne (de Boulogne), mais avec quelles différences! Les analyses de Duchenne étaient sans doute fines et délicates mais ainsi que le dit Bertrand (*Revue philosophique*, n° 3, 1884), « tandis que le décor changeait aux yeux du spectateur, la scène restait vide, le cerveau et l'esprit du vieillard qui se prêtait aux expériences de Duchenne demeuraient inactifs et impassibles. »

Ici, au contraire, l'être tout entier entre en jeu; « le muscle contracté, par la notion qu'il envoie au cerveau de son propre mouvement par l'intermédiaire de ses nerfs centripètes, devient à son tour la cause de mouvements secondaires qui se passent soit dans d'autres muscles de la physionomie, soit dans les muscles des membres et dont le résultat est d'affirmer, de compléter l'expression plus ou moins nettement esquissée par le muscle directement et faradiquement excité. » (Richer.) Vient-on à exciter les frontaux, le front se sillonne de rides, les sourcils s'élèvent, les paupières s'ouvrent grandement, les yeux deviennent fixes. Ce n'est pas tout et d'autres muscles interviennent pour compléter l'expression : la bouche s'ouvre légèrement, les deux bras s'élèvent à demi fléchis, la paume des mains tournée en avant; c'est la surprise, l'admiration. Nous ne pouvons insister davantage et renvoyons aux belles planches qui accompagnent le mémoire de Charcot et Richer. « Rien n'est plastiquement beau, dit Barth, comme ces tableaux vivants où la volonté n'est pour rien et où l'harmonie spontanée des mouvements n'est troublée par aucune préoccupation psychique. On croit avoir sous les yeux un de ces types impersonnels et sublimes comme en ont créé les grands artistes du quinzième siècle. » Mais, au bout de peu d'instants, l'expression s'efface, et la cataleptique revient à son impassi-

Digitized by Google

bilité première. C'est que la malade *ne ressent pas* véritablement l'expression qui lui a été suggérée. Elle a agi automatiquement, en dehors de toute intervention de sa volonté consciente. Malgré la vérité saisissante des manifestations extérieures, tout en donnant l'illusion de l'effroi, de la terreur, les battements du cœur restent calmes, le pouls tranquille, régulier, la respiration rare et paisible.

La suggestion par le sens musculaire peut aller plus loin. Une cataeptique mise à quatre pattes, une main en avant de l'autre, se mettra de suite en mouvement et marchera indéfiniment dans cette position; placée au bas d'un escalier un pied sur la première marche, elle l'aura vite grimpé. Toute position en un mot devient la source de mouvements automatiques coordonnés, achevant l'acte dont elle est le début.

C'est surtout dans certaines suggestions par la vue et l'ouïe que se révèle l'automatisme. La malade dont on a attiré le regard, en face de laquelle on s'est placé, répète exactement tous les mouvements qui impressionnent sa rétine. Levez les bras, elle lèvera les bras, asseyez-vous, elle s'asseyera, faites mine de bercer un nourrisson, comme vous, elle le bercera. Mais remarquez que quand vous vous penchez à droite, elle se penche à gauche; elle répète vos mouvements, non avec ses membres homologues, mais avec ceux symétriquement placés au-devant des vôtres, en un mot elle se comporte envers vous comme une image de miroir.

Les mouvements qui s'accompagnent d'un bruit caractéristique n'ont pas besoin d'être vus pour être imités. Si on se place derrière la malade et qu'on frappe du pied, celle-ci répétera le mouvement. Éternuez, elle éternuera.

Ces phénomènes bien connus des magnétiseurs et qu'étudia Heidenhain, après les avoir vus aux représentations de Hansen, ont reçu le nom de *phénomènes d'imitation*. Ils n'ont, on le comprend, rien de merveilleux, non plus d'ailleurs que le phénomène de la *prise du regard*. Certains sujets, en effet, fixent leurs regards sur un objet et ne le quittent plus, ils en suivent les mouvements et écartent violemment tout obstacle placé sur le trajet de leurs rayons visuels. Parfois même, ce phénomène donne lieu à une série d'actes complexes. On fait fixer à une cataleptique une feuille de carton et brusquement on déchire et on en disperse les morceaux, la malade se précipite sur eux, les réunit bout à bout, paraît souffrir lorsque l'adaptation est difficile et n'est tranquille que lorsque l'image première est rétablie.

L'automatisme ne se révèle pas seulement dans les suggestions par l'intermédiaire d'un seul sens; on le retrouve dans les impressions sensorielles multiples, dans les actes complexes, nécessitant la mise en jeu de la mémoire et de l'imagination. Mise devant une table à toilette avec savon, cuvette et pot à eau, la cataleptique verse de l'eau dans la cuvette, puis se savonne avec un soin minutieux. Elle continuera ainsi jusqu'à ce qu'on l'arrête, ou qu'un nouvel acte lui soit suggéré. Donnez-lui des pincettes, elle s'approchera du feu et tisonnera. Remettez-lui des aiguilles et de la laine, elle tricotera. Les exemples peuvent être variés à l'infini et on en trouvera un grand nombre dans les expériences publiées par Richer. L'occlusion d'un œil, la mise en léthargie par conséquent du côté correspondant, fait retomber un des bras, mais n'arrête

Digitized by Google

pas le mouvement que continue, quoique embarrassée, la main restée libre. Enfin, l'objet lui est-il enlevé, le sujet redevient cataleptique et reprend son impassibilité première.

Comme le dit Legrand du Saulle, c'est toujours de l'automatisme spinal. « On pourrait comparer la cataleptique à une grenouille décapitée, qui, placée dans l'eau, continue à nager avec autant de régularité que durant la vie, sous l'influence de l'innervation de la moelle. »

Nous venons d'avoir affaire à des associations de mouvement, en étudiant les associations d'idées, nous retrouverions le même mécanisme.

Grâce à la conservation des sens spéciaux, il est quelquefois aisé à l'observateur d'entrer en communication avec le sujet en catalepsie. Dès lors, il lui est possible de provoquer des suggestions de toute nature, illusions et hallucinations sensorielles, motrices ou psychiques, de faire naître des idées fixes, des impulsions irrésistibles, de donner lieu en un mot à tout le cortège des phénomènes cérébraux que nous étudierons dans le somnambulisme. Toutefois ces phénomènes se produisent avec beaucoup plus de netteté dans l'état somnambulique que dans l'état cataleptique.

Sous l'influence des suggestions hallucinatoires, l'état cataleptique cesse immédiatement, laissant à la malade la liberté de ses mouvements. Mais il reparaît dès que l'hallucination a disparu, dès l'arrêt du mouvement automatique. C'est là un fait clinique important que ce balancement entre l'hallucination et l'immobilité cataleptique.

Modes de terminaison. La catalepsie peut cesser par le retour à l'état normal. Il suffit généralement de souffler sur le visage du sujet. Celui-ci se dresse brusquement, est étonné de se voir entouré et demande ce qu'on lui a fait. Une de nos malades n'y manquait jamais.

Dans quelques cas, le souffle sur le visage ne suffit pas à provoquer le réveil. Il faut avoir recours aux zones hypno-frénatrices, quelquefois à la plus puissante d'entre elles, à la zone ovarienne.

La catalepsie peut céder dans d'autres conditions. Une légère friction du vertex met le sujet en somnambulisme, l'occlusion des paupières le fait entrer en léthargie.

Après le réveil, le cataleptique ne se souvient habituellement de rien de ce qui s'est passé pendant qu'il était en état léthargique.

3° ÉTAT SOMNAMBULIQUE.

Définition. — Ainsi que son nom l'indique, l'état somnambulique est caractérisé par une torpeur apparente des facultés intellectuelles, assez analogue à celle qui s'observe dans le sommeil naturel, et par la conservation de l'activité musculaire, de telle sorte que le sujet endormi est cependant capable de marcher et de se mouvoir comme une personne à l'état de veille.

Modes de production. — Tous les procédés hypnogènes que nous avons indiqués précédemment peuvent provoquer d'emblée, chez les sujets prédisposés, le sommeil somnambulique. La fixation du regard, l'audition d'un bruit monotone, la compression légère des globes ocu-

Digitized by Google

laires ou des opercules des oreilles, la pression des zones hypnogènes sont les plus faciles à employer. L'état somnambulique peut aussi succéder à l'état léthargique ou à l'état cataleptique, dans des conditions expérimentales que nous avons déjà signalées et qu'il est inutile de répéter.

Début. — Le sommeil somnambulique peut survenir lentement sans qu'aucun phénomène extérieur indique d'une façon certaine l'instant précis où cesse l'état normal et où commence l'état hypnotique. D'ordinaire, cependant, les yeux deviennent fixes, humides, convergents, et les paupières s'abaissent lentement de façon à recouvrir la totalité des globes oculaires. Quand le somnambulisme survient brusquement, son début est très souvent annoncé par une petite inspiration bruyante et par l'occlusion brusque des paupières.

Symptômes. — État du pouls et de la respiration. — P. Richer, Luciani et Tamburini ont étudié les modifications qui se produisent dans le rythme de la respiration et du pouls pendant le sommeil somnambulique. Ces études n'ont pas fourni des résultats constants. Au moment où les sujets passent de l'état de veille à l'état de sommeil, ils font en général une inspiration profonde. Puis leur respiration devient régulière et calme. En prenant en même temps les tracés des mouvements du thorax et de la paroi abdominale, P. Richer a remarqué tantôt un antagonisme absolu entre les mouvements du thorax et de l'abdomen, tantôt seulement de l'irrégularité et de la discordance. « A quoi tiennent, dit Richer, ces modifications du rythme? Y a-t-il paralysie du diaphragme ou spasme des muscles abdominaux? C'est ce que la simple inspection des tracés ne saurait suffire à décider. L'antagonisme absolu entre les mouvements du thorax et ceux de l'abdomen semblerait se rattacher à un état paralytique du diaphragme. Tandis que l'irrégularité et la discordance entre ces deux sortes de mouvements se rattacheraient plutôt à un état spasmodique des muscles abdominaux. Enfin il est probable que ces deux facteurs, dans certaines circonstances, entrent à la fois, pour une part qui peut varier, dans ces désordres de la respiration. »

Sensibilité. — Le sommeil somnambulique est quelquefois accompagné d'une insensibilité complète de la peau et des muqueuses. Cette insensibilité paraît être fréquente chez les sujets non hystériques. Chez les hystériques, au contraire, la sensibilité cutanée reste habituellement pendant le sommeil ce qu'elle était à l'état de veille, c'est-à-dire que les hystériques hémianesthésiques à l'état de veille restent hémianesthésiques dans l'état somnambulique.

Les yeux peuvent être ouverts ou fermés, ce qui caractérise deux variétés différentes de l'état somnambulique. Au fond, les phénomènes principaux sont identiques dans les deux cas. La seule différence importante, c'est que, dans le somnambulisme les yeux ouverts, on peut facilement produire des phénomènes de prise du regard, de fascination, etc., qui ne se développent pas dans le somnambulisme les yeux fermés.

Les autres sens spéciaux conservent presque toujours leur activité. Ils acquièrent même quelquefois une acuité plus grande qu'à l'état de veille. Azam a rapporté l'histoire d'une personne qui était cruellement affectée, quand elle était endormie, par le moindre bruit; elle entendait le tic-tac d'une montre à 8 ou 9 mètres.

Digitized by Google

La sensibilité cutanée peut aussi être augmentée.

O. Berger, explorant avec l'esthésiomètre de Weber la sensibilité cutanée d'un somnambule, a constaté qu'avant l'hypnose un écartement des pointes de 18 centimètres ne donnait qu'une sensation de piqûre, tandis que, pendant la somniation provoquée, le malade accusait une double sensation avec un écartement de 3 centimètres.

Dans quelques cas, le moindre contact, le plus léger courant d'air sont vivement ressentis par les malades. C'est vraisemblablement à cette hyperesthésie spéciale de la sensibilité cutanée qu'il faut attribuer les phénomènes connus sous le nom *d'attraction magnétique*. P. Richer a soumis ces phénomènes d'attraction à une étude régulière. Il a constaté que certains hystériques en état somnambulique deviennent inquiets et agités, si on les empêche de se tenir auprès de la personne qui les a endormis et de suivre tous ses mouvements. Le magnétiseur semble attirer le malade comme l'aimant attire le fer. Bien plus! le contact de toute autre personne paraît être désagréable à la somnambule. Il est à noter que ce phénomène de *l'attraction magnétique* peut se montrer chez des personnes dont la peau est absolument insensible aux piqûres les plus profondes.

L'un de nous a décrit sous le nom *d'alphalgésie* (de αλφη, contact, et αλγος, douleur) une forme d'hyperesthésie élective, très fréquente chez les somnambules, et consistant en ceci : que le simple contact de certaines substances, de certains métaux, en particulier, provoque une sensation de vibration douloureuse ou de brûlure qui est extrêmement désagréable aux malades. L'or, l'argent, le fer, le cuivre, le plomb, le verre sont les substances qui déterminent le plus souvent ces sensations douloureuses.

Chez certains malades, tous les métaux paraissent avoir une action alphalgésique à peu près identique, mais cela n'est pas la règle. Le plus souvent, les malades ne sont sensibles qu'au contact de certaines substances à l'exclusion des autres. Telle éprouvera une vive sensation de brûlure quand on appliquera du cuivre sur sa peau et restera indifférente, si on la touche avec de l'or ou de l'argent; telle autre, au contraire, ne pourra supporter le contact de l'or, tandis qu'elle touchera sans inconvénient de l'argent ou du cuivre. Il n'y a aucun rapport constant entre l'action esthésiogène des métaux et leur action alphalgésique. Il n'y a non plus aucun rapport nécessaire entre la manifestation de l'alphalgésie et la sensibilité de la peau à la piqûre. Chez des malades hemianesthésiques à l'état de veille et à l'état somnambulique, l'alphalgésie peut se produire avec la même intensité du côté insensible et du côté sensible.

Motilité. — En général, les somnambules ne se meuvent pas spontanément, bien qu'ils soient capables, sous l'influence de diverses excitations, de remuer leurs membres avec autant d'adresse et de force qu'à l'état de veille.

Habituellement, le sujet endormi reste immobile dans la position qu'il occupait au moment où le sommeil l'a surpris. Les muscles ne sont pas contractés. On peut porter ses membres dans tous les sens sans éprouver de résistance.

Quelquefois, ces membres, soulevés et abandonnés à eux-mêmes, re-

Digitized by Google

tombent lourdement comme des masses inertes. Plus souvent, peut-être, les somnambules présentent le phénomène de l'*immobilité cataleptoïde*, c'est-à-dire que leurs membres soulevés et placés par l'expérimentateur dans une attitude quelconque, conservent cette attitude pendant un temps relativement fort long, 20, 30, 40 minutes et même davantage.

Les réflexes tendineux ne diffèrent pas de ce qu'ils sont à l'état normal.

Quand on étudie par la méthode graphique les caractères de la contraction musculaire chez les somnambules, on trouve que les secousses isolées et le tétanos physiologique des muscles se produisent tout à fait ou à très peu de chose près comme à l'état de veille.

Le phénomène musculaire le plus important dans l'état somnambulique, c'est la facilité avec laquelle les muscles se contracturent sous l'influence d'excitations légères de la peau. Heidenhain a fait de ce phénomène une étude très soignée. Il a montré que, chez les sujets à l'état de somnambulisme provoqué, la friction légère de la peau, l'insufflation douce sur un point quelconque du tégument, les passes dites magnétiques provoquent la contraction rapide des muscles sous-jacents.

Si on cesse l'excitation provocatrice, la contracture persiste sans gagner les muscles voisins. Si au contraire on en prolonge l'action, la contracture s'étend de proche en proche et peut gagner tous les muscles de la vie de relation.

Heidenhain rapporte à ce sujet des expériences tout à fait démonstratives. Après avoir hypnotisé son frère, il exécuta des passes sur la paume de la main gauche. Après quelques secondes, la main était contractée, et, en continuant les passes, elle gagna successivement l'avant-bras, le bras et l'épaule du côté gauche; puis l'épaule, le bras, l'avant-bras et la main droite, puis la jambe et la cuisse gauche, puis la cuisse et la jambe droite, puis les muscles masticateurs, puis les muscles de la nuque.

Dumontpallier et Magnin ont constaté que les excitations légères peuvent produire la contracture diffuse chez des sujets chez lesquels des excitations plus fortes ne provoquent aucune réaction musculaire. Il suffit souvent du plus léger attouchement, du frôlement d'un poil, d'un courant d'air imperceptible pour un sujet sain, de vibrations provoquées par le tic-tac d'une montre et transmises à distance dans un tube de caoutchouc, de la projection d'un faisceau de lumière Drummond, etc., etc., pour donner lieu à des contractions diffuses très énergiques, alors que les frictions énergiques ou le pincement intense de la peau restent tout à fait inefficaces.

Dumontpallier et Magnin ont remarqué que les excitations cutanées très légères et *très limitées* pouvaient provoquer des contractions *limitées* aux muscles ou aux groupes musculaires sous-jacent à la région excitée de la peau. Ainsi l'attouchement très léger de la face antérieure externe de la jambe produisait la flexion du pied sur la jambe avec adduction et rotation en dedans (contracture du jambier antérieur).

L'insufflation légère du tégument vers le tiers inférieur du bras, au point où le nerf radial sort de sa gouttière de torsion, produirait l'attitude si nette connue sous le nom de griffe radiale. Le frôlement de la peau, au niveau du tendon du droit antérieur, amènerait l'extension forcée

Digitized by Google

de la jambe, sur la cuisse avec flexion de la cuisse sur le bassin. Ces localisations se comprennent dans une certaine mesure, si l'on admet avec Richet et Müller que les racines sensitives sont exactement unies par l'intermédiaire de la substance grise de la moelle avec les racines antérieures d'une même région.

Dès lors, l'excitation parvenue à la moelle ne se transmet pas à l'organe entier, mais se communique à ceux des nerfs moteurs dont l'origine se rapproche le plus des nerfs sensitifs irrités. Quoi qu'il en soit, ces données physiologiques sont loin d'expliquer tous les faits connus. Comment, par exemple, l'excitation de la zone cutanée correspondant au radial détermine-t-elle la contracture des muscles auxquels ce nerf se distribue ? Faut-il invoquer la mise en action des filets sensitifs du tronc nerveux? Ce que l'on sait de la sensibilité des gros troncs nerveux ne permet guère cette hypothèse.

D'ailleurs, la localisation de la contracture est loin d'être toujours obtenue. Au début, elle manque souvent et le réflexe se diffuse. L'irradiation est parfois nettement transversale; l'excitation de la zone cutanée du jambier antérieur gauche entraîne, en même temps que la contracture de ce muscle, celle du jambier antérieur gauche. Dans d'autres cas, l'irradiation est longitudinale et envahit de proche en proche tout le côté correspondant du corps, ou bien encore se fait de bas en haut ou de haut en bas.

La contracture, une fois produite, persiste indéfiniment sans que les muscles contracturés deviennent le siège des phénomènes connus sous le nom de fatigue physiologique. O. Berger a suivi pendant sept heures consécutives dans la même position une fille hypnotisée et contracturée. Des expériences analogues ont été souvent pratiquées dans le service de Charcot.

Pour faire cesser les contractures provoquées pendant l'état hypnotique, il suffit de souffler énergiquement sur la peau qui recouvre les muscles contracturés. Ordinairement la contracture ne disparait pas par la friction ou le massage des muscles antagonistes. Elle n'est pas non plus transférée par l'aimant.

Lorsque, après avoir provoqué des contractures locales ou diffuses sur un sujet en état de somnambulisme, on réveille le sujet sans avoir fait disparaître la contracture, celle-ci persiste après le réveil.

Elle est alors accompagnée de crampes pénibles, tandis qu'elle ne donnait lieu à aucune douleur pendant l'hypnose.

En faisant passer le sujet directement de l'état somnambulique à l'état léthargique ou cataleptique, ses contractures persistent. Mais le tégument devient insensible et rien ne peut les modifier. Pour les faire disparaître, il faut replacer le sujet en somnambulisme et rendre ainsi aux excitations cutanées superficielles toute leur efficacité.

La contracture somnambulique parait être, comme la contracture léthargique, un phénomène de nature réflexe, dépendant d'une exagération fonctionnelle des centres nerveux, mais elle en diffère sur un point important : la voie centripète suivie. La contracture somnambulique succède à l'excitation cutanée la plus légère. Grâce à l'hyperesthésie spéciale du tégument, le moindre frôlement, le plus petit souffle capillaire suffisent à la produire. Il y a donc une relation fonctionnelle entre

Digitized by Google

les nerfs cutanés sensitifs et les rameaux moteurs d'une même région.

Le fait avait été déjà entrevu par Herbert Mayo et Calmeil et nettement énoncé en 1847 par Schrœder van der Kolk. Lorsqu'un nerf mixte, disait cet auteur, donne des branches motrices à des muscles, ses rameaux sensitifs se distribuent à la partie de la peau qui est en rapport avec ces mêmes muscles.

Sanders-Ezn, étudiant chez la grenouille les mouvements réflexes que l'on provoque dans un membre postérieur, après l'ablation de l'encéphale de l'animal, lorsqu'on excite les différents points de la peau de ce membre, a indiqué des régions de la peau dont l'excitation donne lieu à des mouvements réflexes, soit d'extension, soit de flexion, de telle ou telle jointure du membre inférieur. Pflüger, en 1853, fait de cette localisation du réflexe cutané la proposition de sa cinquième loi, et Vulpian résume ainsi la question : « Il est probable que les fibres sensitives et les fibres motrices d'un nerf mixte ont leur origine à peu près au même niveau dans la moelle, et que les fibres sont reliées les unes aux autres dans cet organe par des éléments intermédiaires. En admettant ces relations anatomiques, qui sont si vraisemblables, on s'explique aisément pourquoi les excitations faites sur les extrémités d'un nerf sensitif tendent tout d'abord à mettre en jeu les fibres motrices de ce nerf. (Art. Moelle, p. 454.)

Il est rationnel d'admettre que la contracture réflexe somnambulique obéit aux mêmes lois et qu'elle a pour voie centripète l'arc diastaltique cutané.

Symptômes psychiques. — Illusions et hallucinations sensorielles. — Suggestions. — Les sujets placés en état de somnambulisme artificiel ne donnent ordinairement aucun signe d'activité intellectuelle spontanée. Leurs traits sont impassibles : ils ne pensent à rien. L'idéation n'est cependant pas éteinte chez eux, mais elle a besoin d'excitations extérieures pour manifester son activité.

Le somnambule est une sorte d'automate. Sa volonté est anéantie ou tout au moins notablement affaiblie. Sa spontanéité est nulle ou peu s'en faut. Semblable à un navire privé de son gouvernail et ballotté sur les flots au gré des vagues et du vent, il obéit sans résistance à toutes les impulsions qu'il reçoit; il accepte sans contrôle les idées qu'on lui suggère; il exécute les ordres qu'on lui donne.

Le somnambule perd en s'endormant sa personnalité consciente et raisonnante. Il n'a plus d'idées à lui. Il s'empare de celles qu'on lui fournit, il les poursuit, les développe, les entoure quelquefois de détails nouveaux, mais il ne peut pas les repousser.

Certains des phénomènes que nous avons déjà indiqués à propos de l'automatisme cataleptique se produisent aussi dans l'état somnambulique, par exemple, les mouvements d'imitation, les suggestions par l'attitude; mais le somnambule est beaucoup plus facilement accessible que le cataleptique aux impressions sensorielles, et c'est dans l'état somnambulique qu'il convient d'étudier dans leurs détails les formes si curieuses et si intéressantes des suggestions verbales, dont on s'est tant occupé dans ces derniers temps.

En général, ainsi que nous l'avons dit précédemment, le somnambule est en rapport avec le monde extérieur par l'intermédiaire des sens qui

Digitized by Google

ont conservé leur activité. Si on lui donne des objets à reconnaître, des odeurs à sentir, des liqueurs à goûter, il ne se trompera pas sur les caractères de ces substances. Mais, si au lieu d'invoquer purement et simplement le témoignage de ses sens, on lui dit : Je place sur votre main un corps brûlant, ceci a une odeur délicieuse, cela est d'une amertume repoussante, l'affirmation produite sera acceptée par son esprit, et, bien qu'elle soit en opposition formelle avec le témoignage de ses sens, il sera convaincu que sa main est en contact avec un corps brûlant, qu'il respire des parfums délicieux, qu'il mange des substances horriblement amères. Toute l'histoire des illusions et des hallucinations provoquées dans l'état somnambulique est résumé dans ces quelques mots, et les phénomènes variables à l'infini que comporte leur étude sont passibles de la même explication.

On dit à un sujet en état de somnambulisme : « Un singe est devant vous. » Aussitôt il *voit* un singe. L'idée évoquée par l'affirmation de l'expérimentateur ne provoque pas un phénomène de mémoire ou de vision mentale, elle s'extériorise sous la forme d'une hallucination nettement définie, et cette hallucination sensorielle s'accompagne de modifications matérielles dans les organes des sens, absolument comme si l'objet fictif avait une existence réelle et matérielle.

Ch. Féré a fait sur ce sujet des expériences intéressantes. En disant à une malade de regarder un oiseau au sommet d'un clocher, sa pupille se dilate jusqu'à doubler son diamètre primitif, et se rétrécit progressivement au fur et à mesure de la descente du fantôme. Il y a donc eu là efforts d'accommodation tout comme s'il s'était agi d'un objet réel. — Autre expérience : sur un carton, on suggère à une somnambule la photographie d'une de ses amies; puis, le lui retirant, on le renverse sans qu'elle s'en aperçoive. Le portrait sera encore vu, mais la tête en bas. — Ce n'est pas tout. On sait qu'à l'état normal, si l'on presse latéralement sur un des globes oculaires, on dédouble les images rétiniennes et on fait naître de la diplopie. Brewster a, le premier, indiqué qu'en procédant ainsi chez une malade en puissance d'hallucination visuelle, on peut donner naissance à deux apparitions. Le même phénomène a lieu pour les hallucinations hypnotiques. Ch. Féré a donné, de l'expérience de Brewster, la variante suivante : On présente à une malade une feuille de papier blanc et on lui dit que, sur cette feuille, il y a un carré rouge, elle le voit aussitôt. Puis, sans détourner son attention, on interpose un prisme devant un de ses yeux, la malade voit deux carrés rouges. Ce n'est donc pas une image virtuelle qui s'est formée dans son cerveau, il s'agit d'une impression rétinienne réelle.

L'hallucination est un acte en tout comparable à la perception externe ; elle en est, suivant l'expression de Binet, la forme pathologique. Comme la perception sensorielle, elle se compose d'une action des organes périphériques des sens et d'une réaction de l'encéphale; comme elle, elle est formée par deux groupes d'éléments associés ensemble, des sensations et des images mentales. Il est à peine besoin de relever l'élément psychique ou intellectuel de l'hallucination; personne n'émettra de doutes à cet égard. Il est plus intéressant de se demander quel est l'élément sensoriel qui intervient ici. Voici comment il faut comprendre cette intervention. « L'œil de l'hypnotique, dit Alfred Binet, ne cesse pas d'être

Digitized by Google

sensible aux rayons lumineux qui partent des objets extérieurs. Il en résulte qu'au moment où la suggestion verbale fait naître l'hallucination, l'image qui se construit dans l'esprit du sujet s'associe, par une action inconsciente, à l'impression lumineuse qu'il ressent simultanément. Par exemple, si le malade a les yeux fixés sur une table, c'est la vue de ce point qui entrera en connexion avec l'image hallucinatoire. Mais l'expérimentateur est le maître d'assigner à l'hallucination tel siège qu'il lui plaît, en attirant l'attention du sujet sur le point qu'il a choisi. Quelle que soit la manière de procéder, le résultat est toujours le même, l'image provoquée ne reste point à l'état de phénomène subjectif; elle s'organise avec une sensation visuelle, elle est extériorée sur une partie quelconque d'un objet extérieur qui sert désormais au sujet de point de repère. Or, c'est en agissant sur ce point de repère matériel qu'on imprime des modifications à l'image hallucinatoire. »

Tout le prouve : les faits que nous avons déjà cités, ainsi que les expériences suivantes que nous empruntons à l'excellent article donné par Binet à la *Revue philosophique*.

Chez certains sujets, le point de repère est fixe ; si l'on vient à le masquer avec un écran, l'image devient invisible. Chez d'autres, il est mobile, changeant. Lorsqu'on interpose l'écran, l'image ne reste pas derrière lui, elle continue à être vue. Est-ce à dire pour cela que l'image soit dépourvue d'un substratum matériel ? Non, mais ce substratum change. L'hallucination a été projetée sur l'écran qui a fourni un nouveau point de repère. Et ce qui prouve bien la fixation de l'image sur l'écran, c'est qu'on peut avec le prisme la dédoubler, c'est qu'on peut lui faire subir les modifications physiques dont il va être question dans un instant.

Qu'on nous permette de signaler ici un fait qui ne laisse pas de paraître étrange. On montre à un sujet, pendant le sommeil hypnotique, un chapeau ou un livre placés sur une table voisine. Puis on les masque avec un corps opaque. Le sujet affirme les voir toujours et dans les mêmes conditions. Le phénomène persiste si aux objets réels on mêle des objets imaginaires. « Ainsi, l'on dit à une de ces malades que sur le chapeau (objet réel) est montée une souris blanche qui grignote une noisette (objet imaginaire) ; on place un écran devant ses yeux, et on l'interroge, elle déclare qu'elle voit toujours la souris et le chapeau » (Binet). Il ne faut pas, croyons-nous, voir là une supercherie. Le fait est susceptible d'une autre interprétation. On sait, depuis les expériences de P. Richer et de Parinaud, la facilité avec laquelle naissent, chez les somnambules, les images consécutives et la durée de persistance de ces images. Ne serait-ce pas ici un fait de même ordre, et l'affirmation des malades ne viendrait-elle pas de la persistance de l'impression sensorielle sous forme d'image consécutive ?

Revenons à notre sujet. En se servant d'une lorgnette, les images hallucinatoires, tout comme les objets réels, se rapprochent ou s'éloignent suivant qu'on place devant les yeux de la malade l'oculaire ou l'objectif. Mais il faut avoir eu soin, avant l'expérience, de prier la malade de mettre la lorgnette au point ; autrement elle fait office de corps opaque.

Digitized by Google

A cette expérience, vient s'ajouter nombre d'autres qui ne sont que des variantes et des développements.

On suggère sur un carré de papier blanc un portrait imaginaire. On approche du portrait une loupe, la malade déclare que le portrait est agrandi. On incline la loupe, le portrait se déforme.

On glisse sur le papier un prisme dont les trois faces sont égales ; et on dit à la malade de regarder de haut en bas le portrait, à travers le prisme, elle voit deux têtes qui lui paraissent agrandies dans le sens de la longueur ou dans le sens de la largeur suivant l'orientation du prisme.

On suggère à la somnambule la présence d'un rat sur un point d'une table ; en faisant réfléchir ce point de repère dans un miroir, on fait apparaître à la malade un second rat. Le sujet ne place pas l'objet sur le miroir, mais le voit bien réfléchi. Il suffit, en effet, d'incliner le miroir, d'y faire cesser la réflexion du point de repère pour que la deuxième image disparaisse.

Il est inutile d'insister davantage sur ces expériences ; on en trouvera la relation complète dans le mémoire de Binet. Il nous suffit d'avoir montré avec cet auteur que la perception et l'hallucination sont deux actes de même nature, d'avoir ainsi donné leur raison d'être à des phénomènes qui, avec les anciennes théories de l'hallucination, ne laisseraient pas de paraître étranges.

Dans certains cas, les hallucinations visuelles ne sont possibles que pour les sens qui n'ont pas perdu leur activité. Le fait est particulièrement intéressant pour ce qui concerne l'achromatopsie et P. Richer nous en donne de curieuses relations. Une hystérique de la Salpêtrière, Bar..., est, à l'état de veille, achromatopsique de l'œil droit. Pendant le sommeil hypnotique, après avoir eu soin de fermer l'œil gauche, on lui fait voir une troupe d'oiseaux. Interrogée sur leur couleur, elle déclare qu'ils sont tous blancs ou gris. On a beau lui affirmer qu'il en est de bleus, de rouges et de jaunes; elle soutient énergiquement son dire. Les oiseaux ne sont que blancs ou gris. Mais dès que l'on ouvre l'œil gauche, Bar... s'extasie sur la variété de leurs plumages où se trouvent réunies toutes les couleurs. L'expérience a été variée de bien des façons. Mais, ainsi que le fait remarquer P. Richer, ce n'est pas là une règle générale, et la persistance des sens n'est pas une condition nécessaire de la production des hallucinations. Vitt..., nous dit-il, est achromatopsique partielle. De l'œil gauche, elle ne voit ni le vert, ni le bleu, ni le jaune. Le violet est perdu pour les deux yeux. Pendant le somnambulisme, montrez-lui des oiseaux, en ne lui disant rien de leur coloration, elle les trouvera gris. Mais affirmez lui qu'elle se trompe, que les plumages sont rouges, bleus, verts; aussitôt l'image hallucinatoire se revêtira des couleurs suggérées. Le violet seul n'est pas admis, le violet est toujours noir. L'occlusion alternative de l'un et l'autre œil ne change rien au phénomène et l'œil achromatopsique verra aussi bien que l'autre les couleurs imaginaires.

Il se produit, sous l'influence de l'hallucination visuelle, des modifications de la sensibilité générale. Nous devons à Ch. Féré de savoir que la sensibilité de la conjonctive et de la cornée, en dehors du champ pupillaire, abolie généralement pendant l'état hypnotique, revient, par le fait, de l'hallucination visuelle, à ce qu'elle est, à l'état de veille.

L'hallucination visuelle est spontanément bilatérale. A part les quelques

Digitized by Google

exceptions que nous venons de signaler, les sens homologues entrent simultanément en jeu. Toutefois la suppression de l'un d'eux n'entraîne pas nécessairement la disparition de l'hallucination. Que chez une somnambule en état d'hallucination visuelle, on vienne à produire de l'hémiléthargie par l'occlusion d'un des yeux, l'hallucination, malgré l'anéantissement de tout un côté du corps, n'en persistera pas moins. Les phénomènes diffèrent un peu suivant que l'occlusion porte sur l'œil droit ou sur l'œil gauche. Si c'est l'œil gauche qu'on ferme, le sujet continue à parler de son apparition, si au contraire c'est l'œil droit, il est frappé d'aphasie psychique. La physionomie conserve son expression, on voit que l'hallucination persiste, mais la malade est incapable d'en parler (Heidenhain). Ballet nous a fait connaître une expérience analogue. On fait compter à haute voix une somnambule. Puis tout d'un coup, on ferme l'œil droit, la malade s'arrête net; revenue de son hémiléthargie, elle reprend sa numération au point où elle l'a laissée.

Ces phénomènes curieux, qui paraissent démontrer l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux, ont été poussés plus loin, et leur étude bien faite par Dumontpallier, Bérillon et Magnin. On peut suggérer à un sujet des hallucinations qui ne seront vues que d'un côté. On peut même lui suggérer des hallucinations différentes pour chaque œil. Non seulement, suivant Dumontpallier, la double hallucination est reçue, mais elle est accompagnée d'une expression spéciale de chaque côté du visage.

Les illusions ou hallucinations de l'ouïe sont faciles à susciter. Un bruit quelconque, bien connu de la malade, peut se transformer pour elle, au gré de l'observateur, en sonneries de cloches, en harmonieuse mélodie. On lui dit, au milieu du plus profond silence : Ecoutez donc la musique militaire qui passe. Et aussitôt elle entend les tambours et les clairons, fredonne la marche jouée, bat la mesure. Vous ne distinguez pas clairement ? nous dit un jour une de nos malades. « Il faut donc que vous soyez sourd, car ils font assez de bruit. » L'hallucination disparait devant une suggestion négative.

Les illusions et les hallucinations du goût et de l'odorat donnent également lieu à des expériences convaincantes. Une solution amère de sulfate de quinine, de l'aloès, seront pris sur votre affirmation, pour de l'excellente anisette et du sucre. Telle autre malade se réjouira de manger de la confiture alors qu'elle n'a rien dans la bouche.

Pour l'odorat, même série de phénomènes. Vous pouvez faire respirer de l'ammoniaque pour du lubin; le sujet vous priera d'en verser un peu dans son mouchoir tandis qu'il rejetera avec horreur en disant que « ça pue » un flacon vide que vous lui aurez dit sentir mauvais.

La sensibilité générale peut être, comme les sens spéciaux, influencée par suggestion. Au gré de l'expérimentateur le sujet a froid ou chaud. Vous le voyez dans le premier cas grelotter, se couvrir; dans le second, déboutonner ses vêtements, se mettre à l'aise et chercher à s'éventer.

L'hémianesthésie elle-même peut s'effacer ou être transférée par suggestion. Nous l'avons pu maintes fois constater chez quelques-unes de nos malades.

Les suggestions les plus surprenantes sont celles qui portent sur la *sensibilité viscérale*. Un prétendu vomitif donnera des nausées, une

Digitized by Google

pilule imaginaire amènera de fréquentes gardes-robes. La faim, la soif, le besoin d'uriner, le picotement laryngé, les coliques, tous phénomènes sur lesquels la volonté ni l'intelligence ne peuvent avoir d'influence, appartiennent cependant à l'observateur qui peut les susciter.

Suivant Beaunis on peut par suggestion provoquer le ralentissement du pouls. Focachon, Bourru et Burot, Dumontpallier, Mabille ont fait naître par le même procédé des ampoules de vésicatoire et des stigmates sanglants sur la peau saine.

Debove a déterminé expérimentalement des phénomènes analogues à la boulimie, à l'anorexie et à la fièvre hystérique.

L'action de la suggestion verbale peut porter sur des phénomènes musculaires. L'expérimentateur peut provoquer chez les somnambules des paralysies, des contractures, des convulsions. On déclare à une malade endormie que son bras est attaché, qu'elle ne peut plus le remuer, et aussitôt, malgré ses efforts, il lui est impossible de mouvoir son bras.

Ces paralysies *psychiques* ont été bien étudiées dans le service de Charcot par P. Richer, Gilles de la Tourette. Elles ont exactement les mêmes caractères que les paralysies hystériques spontanées : flaccidité complète avec perte absolue de la sensibilité cutanée et abolition du sens musculaire. Les réflexes tendineux sont considérablement exagérés; il existe de la trépidation spinale appréciable surtout aux membres inférieurs, la secousse musculaire est plus haute. Enfin, l'abaissement de la température du membre paralysé, des troubles vaso-moteurs viennent compléter le tableau. Ainsi donc on peut provoquer à volonté par simple suggestion des paralysies avec flaccidité ou avec contracture. Il est aussi aisé de les faire disparaître. Il suffit d'une suggestion négative : votre bras n'est plus attaché, vos jambes ne sont plus paralysées, pour rendre aux membres leur force et leur liberté primitives.

Les mouvements de la langue peuvent être influencés par suggestion tout aussi bien que ceux des membres, de telle sorte qu'on peut par une simple injonction verbale rendre le sujet logoplégique ou glossoplégique ou bègue.

Nous arrivons aux hallucinations *psychiques*. On peut provoquer chez une somnambule la perte totale ou partielle de la mémoire. On peut lui dire qu'elle ne se rappelle plus son nom, et si vous l'interrogez, vainement elle le cherchera. Sous votre impulsion, tel acte, telle localité, telle personne qu'elle connaît fort bien, s'effaçeront de son souvenir. « Notre ami, Ch. Féré, dit P. Richer, s'était choisi lui-même comme objet de l'hallucination inhibitoire donnée à notre malade. Au réveil il n'existait donc plus pour elle. Cette hallucination persista, rien n'ayant été fait pour la détruire. Les jours suivants, M. Féré était devenu pour elle un étranger dont elle ne s'expliquait en aucune façon la présence et les allures. Et nous nous aperçûmes alors que non seulement l'image sensorielle était supprimée, mais que la suggestion avait eu en quelque sorte un effet rétroactif, et tout ce qui de près ou de loin se rattachait à M. Féré était rayé de sa mémoire. » Nous avons pu observer chez une de nos malades pareil phénomène. L'un de nous l'avait pendant un certain temps perdue de vue. Aussi sembla-t-elle heureuse de le revoir, causant

Digitized by Google

avec lui des expériences passées. Quelques instants après, elle fut endormie et on lui suggéra l'oubli complet de son interlocuteur. A son réveil, elle fut surprise de voir ce dernier et demanda qu'elle pouvait être la personne qui lui parlait ainsi. C'est M. G... lui dit-on. — M. G...? connais pas.

On sait que la conscience de la personnalité est un phénomène de mémoire, la perte de cette conscience de la personnalité rentre dans les faits d'amnésie partielle. Sous l'influence de la suggestion verbale, les sujets peuvent se croire soldats, prêtres, lapins, etc. Age, sexe, vêtements, situation sociale, tout a disparu. « Il ne reste plus dans l'intelligence qu'une seule image, qu'une seule conscience : c'est la conscience et l'image de l'être nouveau qui apparaît dans leur imagination. » (Ch. Richet.) Ils pensent, parlent et vivent comme l'être nouveau qu'on leur a présenté. On en doit à Ch. Richet de curieux exemples, qu'il distingue sous le nom *d'objectivations des types*.

Le phénomène de *l'objectivation des types* n'est pas simplement un rêve, mais, suivant l'expression de Ch. Richet, un rêve vécu.

Il semble que dans certains cas on puisse arriver, par suggestion, à modifier le caractère moral lui-même de l'individu. « Chez madame A..., dit Ch. Richet, dont les opinions sont très bonapartistes, j'ai pu, lorsqu'elle était endormie, lui faire, je ne dirai pas posséder, mais afficher des opinions très républicaines. Si bien qu'elle disait : « Vive Gambetta! C'est comme un voile qui se déchire, combien je m'étais trompée sur son compte. »

Tout cela paraît bien singulier, mais on ne peut le mettre en doute, tant sont nombreuses les vérifications expérimentales apportées par les différents observateurs.

Nous arrivons au point le plus curieux de l'histoire des suggestions hypnotiques. Les hallucinations sensitives ou sensorielles, motrices ou psychiques, que l'on a fait naître pendant le somnambulisme, peuvent persister après le réveil, si l'on a eu soin d'ordonner leur maintien.

Les faits de ce genre ne sont connus que depuis peu de temps. Liébeault (1866) et Ch. Richet sont les premiers à les avoir bien analysés. Ils ont ensuite été repris et développés à Nancy par Bernheim, à Bordeaux par l'un de nous.

Les sujets seront paralysés ou bien auront des nausées à l'heure que l'expérimentateur aura fixée ; ils trouveront le lendemain un nez d'argent à une personne qu'ils connaissent cependant bien et éclateront de rire à son approche.

Mais il est une série de suggestions, à échéance plus ou moins longue, qui présentent un intérêt tout particulier, nous voulons parler des idées fixes et des impulsions irrésistibles.

« B... étant endormie, dit Richet, je lui dis : « Quand vous serez ré« veillée, vous enlèverez l'abat-jour de la lampe. » Je la réveille, puis après quelques minutes de conversation : « On ne voit pas clair ici, » dit-elle, « et elle enlève l'abat-jour. »

Nous disons à une de nos malades pendant le sommeil provoqué d'aller, une fois réveillée, chercher dans le laboratoire une grande boîte en bois qui se trouve dans la vitrine à côté des microscopes. Une fois

Digitized by Google

réveillée, elle part et revient quelques instants après avec la boîte dont on lui a parlé.

La somnambule est un instrument docile et précis. Au lieu d'un acte insignifiant, on pourrait lui imposer la manœuvre la plus sotte, la plus coupable. Sous votre impulsion, elle deviendra voleuse, elle assassinera même. Mais ici s'élèvent différentes questions qui sont du ressort de la médecine légale. Elles seront discutées plus loin.

On voit, en résumé, combien sont nombreux les phénomènes sur lesquels la suggestion peut agir. On peut par suggestion provoquer des troubles de sensibilité (illusions et hallucinations sensitives et sensorielles); ou de la motilité (mouvements d'imitation, paralysies, contractures, mouvements complexes). On peut agir sur la mémoire et la conscience (amnésie, objectivation des types); sur la volonté (impulsions automatiques).

Ce n'est pas tout. On peut aussi suggérer des rêves. « Le matin, à la visite nous disions à Emma ou à Albertine préalablement endormies : « La nuit prochaine, vous rêverez à des animaux de basse-cour, à telle ou à telle personne, à tel fait de votre vie passée, etc... La malade réveillée n'avait aucun souvenir de ce que nous lui avions ordonné pendant le sommeil hypnotique. Et cependant, le lendemain matin, quand nous lui demandions à quoi elle avait rêvé la nuit précédente, elle racontait toujours des rêves en rapport avec ce que nous avions suggéré la veille. »

On peut agir par suggestion sur les zones spasmogènes ou frénatrices, augmenter leur activité ou les effacer.

On peut par suggestion empêcher tout moyen hypnogène connu de réussir chez une malade. On peut changer ses dispositions particulières d'esprit et l'enlever à sa tristesse habituelle. On peut enfin par suggestion faire cesser ou empêcher l'apparition de certains accidents morbides. En voici un exemple curieux :

« Albertine est sujette à des attaques de sommeil spontané. L'an dernier, pour lui procurer un moment de distraction, je l'ai autorisée à aller avec une personne sûre, voir les réjouissances du 14 Juillet. Pendant les quelques heures qu'elle passa hors de l'hôpital, elle s'endormit plusieurs fois, et la personne qui l'accompagnait dut, à plusieurs reprises, au milieu de la foule, la reveiller en lui soufflant sur les yeux. Cette manœuvre ne présente pas de difficulté ; mais vous conviendrez qu'il n'est pas agréable d'avoir à l'exécuter dans la rue. Aussi ne connaissant à cette époque aucun moyen certain d'empêcher les apparitions des attaques de sommeil, j'avais renoncé à autoriser de nouvelles sorties d'Albertine. Maintenant, je n'ai plus aucune crainte, et ces jours derniers, notre malade a passé plusieurs après-midi à la foire sans avoir une seule attaque de sommeil. Pour obtenir ce résultat, nous l'endormions avant son départ et nous lui affirmions qu'elle n'aurait pas d'attaque de sommeil jusqu'à son retour dans la salle. »

Il nous reste un dernier point à élucider. Quelle est la durée de la persistance des suggestions? Cette persistance est très variable. L'expérimentateur n'a-t-il fourni aucune notion de temps, la suggestion s'effectue au réveil et s'efface quelques instants après. Nous avons vu les actes suggérés s'accomplir deux et trois jours après l'injonction. Suivant Richet et

Digitized by Google

Bernheim, la limite peut s'étendre à plusieurs semaines. Bottey dit avoir donné des suggestions à échéance d'un mois, et Bernheim rapporte une expérience dans laquelle un acte suggéré à un sujet hypnotisé le 2 août 1883 a été exécuté comme cela avait été spécifié le 3 octobre suivant, soixante-trois jours après.

Beaunis a cité un exemple de suggestion accomplie après 172 jours d'intervalle. « Pour ma part, ajoute cet observateur distingué, je ne mets pas en doute que les suggestions ne puissent réussir, après un temps beaucoup plus long et peut-être même après plusieurs années. »

Modes de terminaison. — L'insufflation brusque sur les yeux, la compression des globes oculaires, la pression ovarienne, l'excitation des différentes zones hypno-frénatrices font cesser en général le sommeil hypnotique. Le sujet, en se réveillant, paraît étonné et ne se rappelle rien de ce qui s'est passé pendant qu'il était plongé dans le sommeil somnambulique. On peut aussi transformer l'état somnambulique en état léthargique ou en état cataleptique par les procédés indiqués plus haut.

Formes frustes et formes complexes de l'état somnambulique. — Le sommeil somnambulique se présente souvent avec l'ensemble complet des symptômes que nous venons d'énumérer. Mais il ne faudrait pas croire qu'il en est toujours et nécessairement ainsi. L'état somnambulique a, chez certains sujets, des formes frustes, rudimentaires, incomplètes; chez d'autres, les signes caractéristiques du somnambulisme s'associent à des symptômes propres à la léthargie ou à la catalepsie pour donner naissance à des états mixtes, complexes, difficiles à classer. Toutes les personnes qui se sont livrées avec quelque persévérance à l'étude expérimentale de l'hypnotisme, ont observé des exemples nombreux de ces formes irrégulières de l'hypnose provoquée. Malheureusement leur étude est encore fort incomplète.

On sait cependant que certains somnambules, tout en présentant la série des phénomènes sensitifs et musculaires du somnambulisme ordinaire, ne sont pas accessibles aux suggestions. D'autres, avec les symptômes psychiques du somnambulisme, ont les phénomènes neuro-musculaires de la léthargie ou de la catalepsie.

Brémaud a décrit sous le nom d'*état de fascination* une forme particulière d'hypnose provoquée qui ne se produirait que chez les sujets du sexe masculin et qui serait caractétérisée par la production très vive des phénomènes de la prise du regard et des mouvements d'imitation, la contracture immédiate de tout muscle violemment contracté sous l'influence de la volonté ou froissé par l'opérateur, l'élévation du pouls, la dilatation de la pupille, l'analgésie, la parésie de la volonté.

Enfin, il convient de signaler parmi les formes incomplètes ou irrégulières de l'état hypnotique les phénomènes si curieux de l'hypnotisme unilatéral décrit par Heidenhain,et Gruetzner, O. Berger, Charcot et Richer, Dumontpallier, Bérilion, etc., et dont l'étude constitue un des chapitres les plus intéressants de l'histoire de l'hypnose artificielle. Chez certains sujets on peut placer un des côtés du corps en état somnambulique, l'autre côté restant à l'état normal. On peut sur un même sujet déterminer l'hémiléthargie à droite, l'hémicatalepsie ou l'hémisomnambulisme à gauche et *vice versâ*. Nous ne pouvons qu'indiquer ces phé-

Digitized by Google

nomènes d'hypnose unilatérale, dont la description nous entraînerait au delà des limites fixées par la nature de cette revue.

IV. — De l'hypnotisme au point de vue médico-légal.

La justice a déjà eu, à maintes reprises, à s'occuper d'actes délictueux ou criminels accomplis pendant le sommeil hypnotique. On en trouvera des exemples dans les études de Tardieu sur les *attentats aux mœurs*, dans le traité d'Hofmann ainsi que dans les mémoires de Brouardel et de Friedberg.

On comprend tout le parti qu'un criminel peut tirer de l'état léthargique; le sujet hypnotisé est inerte, incapable de réaction ou de mouvement. On peut le voler, le frapper, le violer même. On le trouvera sans défense. Bien mieux, une fois réveillé, il n'aura aucun souvenir ni de l'attentat commis sur lui, ni de l'auteur de l'attentat.

On se rappelle l'état mental du cataleptique et du somnambule; le malade est, en pareil cas, un automate docile à la volonté de l'observateur, prêt à accomplir toute action ordonnée par lui. Faut-il répéter ces exemples d'actes de violence accomplis sur de malheureuses victimes qui ne pouvaient s'y soustraire? On connaît l'histoire de ce dentiste de Rouen condamné pour avoir abusé du sommeil nerveux dans lequel tombait sa malade dès qu'elle s'asseyait sur le fauteuil opératoire. On peut rapprocher de ce fait le cas du mendiant Castellan condamné pour viol à douze ans de travaux forcés par la cour d'assises de Draguignan. L'observation de Despine est trop connue pour que nous la donnions encore ici.

On peut avoir affaire aussi à des cas d'un autre genre. Vibert parle d'un expérimentateur américain qui, pendant le sommeil hypnotique, aurait fait signer à une de ses malades un chèque en bonne forme. Au réveil le sujet n'en avait aucun souvenir. On devine les grosses conséquences que pourrait avoir pareil acte. s'il était accompli réellement.

Nous ne sommes pas au bout et l'hypnotisme réserve aux criminalistes de bien plus grosses difficultés.

Nous l'avons dit plus haut, dans le cerveau docile du sujet sans conscience on peut déposer, à coup sûr, des idées ou des instincts coupables qui, une fois l'hypnose disparue, se réveilleront à l'heure prescrite sous forme d'impulsions irrésistibles. Quel que soit le fait suggéré, le malade l'accomplira de bonne foi et s'en croira l'auteur, donnant de spécieuses raisons pour établir sa responsabilité.

Fort heureusement la justice n'a pas encore eu pareils faits à instruire. Ils n'ont guère encore franchi la zone des laboratoires ou des cliniques. Mais il est bon de les bien connaître, d'être préparé par des réflexions antérieures aux problèmes qu'ils soulèveront peut-être un jour.

Des somnambules ont signé, à Bottey, quelques heures après le réveil, des billets de 200 et 300 francs, l'ordre leur ayant été donné pendant l'état hypnotique.

Il serait bien difficile de démasquer la fraude, devant les faux témoignages qu'on peut suggérer aux hypnotisés.

Digitized by Google

On trouve dans Bottey des suicides expérimentaux. « S. L... a avalé, deux jours après la suggestion, un breuvage noirâtre que nous avions fait recouvrir de la suscription *poison* sur étiquette rouge; avant d'accomplir ce suicide présumé, elle avait eu soin d'écrire une lettre dans laquelle elle annonçait qu'elle allait se donner la mort et qu'il ne fallait en accuser personne. »

Certains sujets tirent après le réveil, sur des personnes connues ou inconnues, des coups de revolver. Si l'ordre est accompli, dès le retour à l'état normal, il est brusquement, automatiquement fait, sans réflexion. Est-il au contraire, à longue échéance, l'état mental du sujet est alors assez curieux. On le voit devenir inquiet quand approche le moment d'agir, il essaye de résister à l'impulsion, la raisonne, la trouve absurde, mais finalement l'accomplit. « C'est, comme l'a dit Féré, la reproduction expérimentale de l'altération de la volonté qu'on retrouve chez certains aliénés qui, eux aussi, voudraient bien mais ne peuvent pas vouloir. »

Il ne faudrait pas exagérer l'importance de la suggestion et croire que tout sujet hypnotisable doive, de par l'injonction seule du magnétiseur, devenir l'instrument des intentions les plus criminelles. Certains malades n'exécutent pas nécessairement l'acte qui leur est ordonné. Après le réveil, on voit les tentations étranges qu'a suscitées la suggestion, on sent et ils montrent la force inconnue qui les pousse, mais, n'importe, ils résistent au désir, et opposent à l'impulsion « un *veto* formel et efficace ». Ces résistances aux suggestions, signalées pour la première fois par Bernheim, ont été de l'un de nous l'objet de vérifications multiples. En voici un exemple : Emma est endormie. Après avoir placé une pièce d'argent sur une table, on dit à la malade : « Quand vous serez réveillée, vous irez prendre sur la table une pièce que quelqu'un a oubliée là. Personne ne vous verra. Vous mettrez la pièce dans votre poche. Ce sera un petit vol qui n'aura pour vous aucune conséquence fâcheuse. » On réveille la malade. Elle se dirige vers la table, cherche la pièce et la met dans sa poche en hésitant, puis aussitôt la retire, la remet entre nos mains en disant que cet argent n'est pas à elle, qu'il faut rechercher la personne qui l'a oublié sur la table. « Je ne veux pas garder cet argent, dit-elle. Ce serait un vol, et je ne suis pas une voleuse. »

Il serait inutile de multiplier les exemples. Disons de suite quelques mots d'une autre forme de résistance aux suggestions qui a paru échapper à Bernheim et dont on trouvera la relation dans les leçons de l'un de nous sur les *suggestions hypnotiques*. Voici le fait:

Quand on ordonne à certains sujets hypnotisés d'exécuter après leur réveil un acte qui révolte leur conscience ou qui leur est très désagréable, ils déclarent formellement qu'ils ne veulent pas obéir à un pareil ordre et qu'ils ne se laisseront pas réveiller tant qu'on ne leur aura pas donné l'assurance qu'ils ne l'exécuteront pas.

Et, en effet, si on maintient l'injonction, il est impossible de les réveiller; l'insufflation sur les yeux, la compression ovarienne ne font plus cesser le sommeil hypnotique.

L'observation a été faite sur une malade bien connue à Bordeaux, la nommée Albertine M... Cette malade a été atteinte à plusieurs reprises d'aphasie psychique spontanée. Elle restait ainsi plusieurs jours avec perte ab-

Digitized by Google

solue de la parole. Ce trouble paraissait être pour elle le plus désagréable de ceux qu'elle avait jusqu'ici ressentis. Un jour, on la rendit par suggestion hypnotique, aphasique pendant 24 heures. Mais quand on voulut plus tard répéter l'expérience, Albertine déclara qu'elle ne voulait pas être aphasique après le réveil, et que si on persistait à le lui ordonner, elle ne se laisserait pas réveiller. Nous ne pensions pas qu'elle pût opposer une résistance quelconque aux manœuvres employées pour provoquer le réveil et nous maintînmes l'injonction. A notre grande surprise, ni l'insufflation sur les globes oculaires, ni la compression ovarienne ne purent amener le réveil. Nous dûmes transiger et dire que l'aphasie ne durerait que cinq minutes. Albertine consentit et se laissa réveiller. L'expérience répétée un grand nombre de fois a toujours donné les mêmes résultats. (Pitres.)

D'ailleurs, cette résistance se rencontre parfois pendant la durée même du sommeil hypnotique. Il est certains actes que refusent d'accomplir des hystériques hypnotisées; si l'on insiste, elles ont une crise convulsive ou tombent en léthargie. Nous avons dans nos cartons l'observation d'une Mme C..., qui ne pouvait arriver à frapper quelqu'un, même après l'injonction la plus impérative. On lui ordonnait, pendant l'état cataleptoïde, de battre un des assistants, elle quittait son lit, levait le poing sur la personne indiquée, et, sans pouvoir aller plus loin, tombait en léthargie.

Ces phénomènes de résistance semblent avoir été connus des anciens magnétiseurs. Ceux-ci n'ordonnaient-ils pas à l'opérateur d'employer un ton d'autorité de façon à forcer le consentement? Ch. Richet les mentionne dans ses premiers travaux et P. Richer en donne un exemple.

Ces faits tendent à prouver que l'irresponsabilité morale du sujet hypnotisé n'est pas toujours absolue. Il peut parfois résister à une impulsion qui répugne violemment à son caractère ou révolte sa conscience. Toutefois, n'oublions pas que c'est là l'exception. Devant un acte délictueux ou criminel commis sous l'influence de la suggestion hypnotique, le médecin criminaliste doit toujours conclure à l'irresponsabilité légale. Les dispositions juridiques qui s'appliquent aux épileptiques qui tuent par le fait d'une impulsion automatique, aux alcooliques qui commettent un meurtre sous l'influence d'une illusion sensorielle, doivent être réclamées en faveur de l'hypnotisé devenu criminel par suggestion. « Impulsions, illusions, hallucinations, tels sont les trois mobiles pathologiques des meurtres commis par les aliénés. Or, chacun de ces trois phénomènes peut être provoqué artificiellement chez les sujets hypnotisés. La suggestion donne lieu à une véritable aliénation mentale temporaire; elle doit suspendre la responsabilité légale. » (Pitres.)

Devant les faux témoignages suggérés, comment démasquer la fraude? On sait que les sujets hypnotisés peuvent se rappeler, pendant la période somnambulique les événements dont ils ont été témoins, acteurs ou victimes, que ces événements aient été accomplis à l'état de veille normal ou dans une phase antérieure du sommeil provoqué. Faut-il, dès lors, conseiller, avec Vibert, aux médecins légistes de recourir à l'hypnotisation pour raviver le souvenir et faire renaître les impressions effacées? Non. On ne peut invoquer contre un accusé un témoignage fourni sans participation du libre arbitre du témoin.

Digitized by Google

Il ne faut pas oublier d'ailleurs les difficultés contre lesquelles aurait à lutter le médecin-juriste.

Le sujet hypnotisé peut refuser de répondre aux questions qu'on lui pose. Emma porte à la lèvre supérieure des poils assez abondants et disgracieux; elle a soin de les bien couper et de se cacher pour cette opération. Endormez-la, parlez-lui de sa « moustache » et demandez-lui si elle emploie pour la couper, les ciseaux ou le rasoir. Elle refusera toujours de répondre.

Bien mieux, pendant le sommeil hypnotique, certains sujets peuvent mentir volontairement et sciemment. En voici un exemple :

Albertine M... est endormie. Pendant le sommeil, sur notre ordre, elle assassine une de ses voisines. Réveillée, elle n'a aucun souvenir de ce qu'elle a fait. On l'endort de nouveau. Dès lors, les circonstances du crime reviennent à sa mémoire et elle paraît fort inquiète des conséquences possibles de son meurtre.

Alors, avant de la réveiller, nous fîmes apparaître à ses yeux des gendarmes qui venaient pour rechercher le coupable et un juge d'instruction chargé de poursuivre l'enquête. Dès qu'elle crut être interrogée par le magistrat, elle déclara qu'elle n'avait aucune connaissance du crime; qu'elle ne savait pas ce qui s'était passé, qu'elle était innocente. C'est seulement après un dialogue très prolongé, que, pressée de questions, accablée de preuves, elle finit par avouer qu'elle avait donné un coup de couteau à sa voisine. Encore mettait-elle dans ses aveux certaines réticences. Après avoir déclaré qu'elle avait commis le crime, elle refusait de dire par qui elle avait été poussée, et il fallut la solliciter très longtemps pour lui faire avouer qui lui avait conseillé le meurtre et fourni le couteau. (Pitres.)

Ce n'est pas tout, et le criminaliste a encore d'autres causes d'erreur à redouter.

Il doit craindre les illusions sensorielles et les hallucinations si faciles à faire naître chez les hypnotisés et qu'un interrogatoire conduit à la légère pourrait, par un seul mot, susciter. Il doit craindre aussi de se buter à un fait d'*amnésie suggérée*.

On peut, en effet, par suggestion, provoquer la perte partielle ou totale de la mémoire. Un malfaiteur habile peut suggérer à son sujet l'oubli absolu du crime, des circonstances qui l'ont accompagné, du lieu où il s'est perpétré. Dès lors, c'est en vain que vous interrogerez le somnambule! Éveillé ou endormi, le souvenir de son action n'existe plus.

En résumé, dans l'état actuel de nos connaissances, nous croyons prudent de laisser l'hypnotisme en dehors des moyens pratiquement utilisables dans la poursuite des enquêtes judiciaires ou des expertises médico-légales.

Il nous reste un mot à dire de l'hypnose simulée. Dans certains cas, le somnambulisme peut être faussement invoqué pour égarer les esprits et désarmer la justice. Différents phénomènes de l'hypnotisme peuvent être simulés. Fort heureusement, les moyens ne manquent pas aujourd'hui pour démasquer la fourberie.

Un imposteur, se disant cataleptique, simulera, à la rigueur, les diverses anesthésies; il laissera pendant quelques instants ses membres dans l'attitude communiquée, mais il ne résistera pas à l'expérience faite

Digitized by Google

par Charcot et un myographe de Marey dénotera vite chez lui la fatigue musculaire et les efforts respiratoires.

On ne simulera pas longtemps la léthargie, le phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire est là comme plan d'épreuve.

Le somnambulisme lui-même, qu'on imite si volontiers, a des phénomènes qui rendent facile et sûr le diagnostic de la simulation : les contractures réflexes par excitation cutanée, les mouvements de la pupille quand s'éloigne ou se rapproche l'hallucination visuelle, le dédoublement par le prisme, la réflexion par le miroir de l'image hallucinatoire.

Digitized by Google

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1886.

A

Abcès. — Des abcès thoraciques recevant des impulsions du cœur et des poumons, par DESSEMOND-SICARD. (In-4°, *Lyon.*) — Traitement des abcès pelviens, par HENRY BYFORD. (*Journ. of Amer. med. assoc.*, p. 215, 20 fév.) — Le traitement des abcès pelviens chez la femme par l'incision et le drainage, par MUNDÉ. (*Americ. Journ. of obst.*, fév.)

Abdomen. — Artères de l'abdomen et formation du péritoine, par LOCKWOOD. (*Proceed. of royal Soc.*, juin.) — Considérations sur la chirurgie abdominale comme introduction à l'étude des hernies, par D'ANTONA. (*La Riforma med.*, 14 avril.) — Leçon clinique sur les récents progrès de la chirurgie abdominale, par C. WHEELHOUSE. (*Brit. med. Journ.*, p. 1097, déc. 1885.) — Kyste sanguin de l'abdomen, par HARDY. (*Gaz. des hôp.*, 23 mars.) — Sur un cas d'épanchement sanguin traumatique de l'abdomen, par DEBRIGODE. (*Thèse de Paris*, 3 avril.) — Fibro-sarcome de la paroi abdominale, par NICAISE. (*Bull. soc. de chir.*, XII, p. 180.) — Sur un cas de fibrome aponévrotique des parois abdominales sans adhérence au squelette, par MOLLIÈRE. (*Gaz. des hôp.*, 27 avril.) — Du traitement par suppuration des tumeurs liquides de l'abdomen et du bassin, par PÉAN. (*Ibid.*, 18 mars.) — Tumeurs du mésentère, par PÉAN. (*Ibid.*, 1er avril.) — Tumeur myxo-sarcomateuse de l'abdomen, par A. CHASSAGNE. (*Gaz. méd. de Paris*, 8 mai.) — Sarcome rétropéritonéal à cellules fusiformes avec modifications thrombosiques et hémorragiques de la tumeur, par OSLER. (*Med. News*, 6 mars.) — Ascite consécutive au développement de néoplasmes dans les épiploons, ponction par le sac d'une hernie inguinale, par DE GRANDMAISON. (*Bull. soc. de chir.*, XI, p. 879.) — Contribution aux tumeurs abdominales, par CHRISTIAN ENDERLIN. (*Thèse, Zurich*, 1885.) — Des phlegmons profonds de la paroi antérieure de l'abdomen, par DERIENCOURT. (*Thèse de Paris*, 18 mars.) — Des abcès pelviens chez l'homme, par BURCHARD. (*N. York acad. of med.*, 15 avril.) — Plaie d'arme à feu de l'abdomen intéressant le rein : hématurie secondaire profuse, guérison, par AYLMER HAYES. (*Brit. med. Journ.*, p. 150, janv.) — Des plaies pénétrantes de la cavité abdominale, par HAMILTON. (*Journ. of amer. med. assoc.*, p. 88, 23 janv.) — Rupture de l'iléon par coup sur l'abdomen, par HARTIGAN. (*Ibid.*, p. 106, 23 janv.) — Tumeur inguinale d'un diagnostic difficile, par LEROY. (*Ann. de la soc. de méd. d'Anvers*, déc. 1885.) — Du diagnostic différentiel des tumeurs de l'aine, par BARBET. (*Thèse de Paris*, 8 mai.)

Digitized by Google

Accouchement. — Quelques causes de retard dans la première période du travail, leur traitement, par RICHARDSON. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 9 janv.) — Valeur du système antiseptique dans la pratique obstétricale privée; conclusions basées sur l'étude de la température puerpérale, par FRY. (*Americ. Journ. of obstet.*, avril.) — De la fièvre et des métrorragies dans les accouchements syphilitiques, par FAUCONNIER. (*Thèse de Paris*, 3 mars.) — De la rupture prématurée dite spontanée des membranes de l'œuf humain, par PINARD. (*Ann. de gynécol.*, mars.) — Du pronostic et du traitement de la présentation de la face; statistique de la clinique d'accouchement 1852-86, par BOISLEUX. (*Thèse de Paris*, 4 mars.) — Des présentations défléchies et de leur traitement, par H. BAYER. (*Sammlung klinische Vortraege*, n° 270.) — Appareil servant à démontrer le mouvement de rotation interne dans la présentation du sommet, par INVERARDI. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, janvier). — Études et recherches pour arriver au diagnostic de la conjuguée obstétricale, par INVERARDI. (*Ibid.*, mai 1885.) — De l'emploi de la piscidia erythrina dans la thérapeutique obstétricale, par LESSONA. (*Ibid.*, mars-avril.) — Le seigle ergoté est-il indiqué pendant l'accouchement ou pendant l'avortement, par STAPFER. (*Union médicale*, 19 janvier.) — Documents statistiques pour l'étude de l'accouchement prématuré artificiel, par FRITZ HUBLER. (*Thèse, Berne*, 1885. — Pronostic des accouchements dans les bassins rétrécis, par ERNST KUMMER. (*Thèse, Berne*, 1885.) — De l'intervention dans les cas où l'accouchement est retardé par une obstruction au détroit pelvien, par STOAN. (*Edinb. med. Journ.*, janv.) — Un cas de dystocie maternelle, par LUGEOL. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 7 janv.) — Dystocie par suite de contraction circulaire du segment supérieur de l'utérus, par LEWIS. (*Americ. Journ. of obst.*, janv.) — Électricité faradique dans la rigité du col pendant le travail, par JACOBI. (*Ibid.*, janv.) — Fibrome utérin compliquant l'accouchement, crâniotomie, mort, par KIRKLEY. (*Ibid.*, janv.) — Expulsion après l'accouchement d'un cotylédon placentaire succenturié, par HENSMAN. (*Brit. med.*, p. 495, mars.) — Rétention du placenta dans l'utérus, conduite à tenir, par PAJOT. (*Gaz. des hôp.*, 9 fév.) — Thrombose de l'artère pulmonaire chez une accouchée, par YOUNG. (*Edinb. med. Journ.*, juillet 1885.) — Convulsions épileptiformes unilatérales par incitation des centres psycho-moteurs, dues à un enfoncement du pariétal pendant le travail, par PESTALOZZA. (*Gazz. d. cliniche*, 13 fév.)

Acné. — De l'acné, son étiologie, sa pathologie, son traitement; traité pratique basé sur l'étude de 1,500 cas de maladie sébacée, par DUNCAN BULKLEY. (*New York*, in-8°, 1885.)

Actinomycose. — Actinomycose développée dans les fragments de tissus végétaux qui s'introduisent sous la muqueuse buccale des borédés, par PEANA. (*Arch. per le sc. med.*, X, 1.)

Addison (Mal d'). — Maladie d'Addison, par BERREZ. (*Soc. anat.*, 5 fév.)

Air. — L'air, ses impuretés et ses microbes, par GAUTIER. (*Rev. scientif.*, 1er mai.) — Études expérimentales sur la composition de l'air de Vichy, par PEYRAUD. (In-8°, *Bordeaux*.)

Albumine. — Recherches sur la coagulation de l'albumine, par VARENNE. (*Acad. des sciences*, 11 janv.) — Le nitroprussiate de soude comme réactif des substances albumineuses, par BOZZOLO. (*La Riforma med.*, 31 mars.) — Méthodes d'examen de l'activité diastasique des extraits de malt, par COALE. (*Med. News*, 16 janv.)

Digitized by Google

Albuminurie. — Albuminurie probablement consécutive à une scarlatine, mort subite, par Descroizilles. (*Union médicale*, 4 mars.) — De l'albuminurie cyclique (albuminurie intermittente chez des individus en apparence bien portants), par Pavy. (*Lancet*, 17 octobre 1885.)

Alcoolisme. — Alcoolisme pris pour une paralysie générale, par Garnier. (*Annales méd. psych.*, p. 232, mars.) — Notes sur la médecine légale de l'alcoolisme, par Tamassia. (*Rivista sper. di fren. e di med. leg.*, fasc. IV.) — Alcoolisme, delirium tremens aigu et simple, par Landouzy. (*Gaz. des hôp.*, 2 janv.) — Des troubles de la mémoire dans l'alcoolisme ; de l'amnésie alcoolique, par Babilée. (*Thèse de Paris*, 4 mars.) — Sur les lésions de la névrite alcoolique, par Gombault. (*Acad. des sciences*, 27 fév.)

Aliénation. — La folie à Paris observée à l'infirmerie spéciale du dépôt, par Planès. (*Thèse de Paris*, 6 mai.) — Les rapports de l'aliénation mentale avec le crime, d'après les observations faites à l'asile de Dalldorf, par W. Sander et A. Richter. (*Berlin.*) — Les manifestations maladives du sens génital. Étude de psychiatrie médico-légale, par B. Tarnowski. (*Berlin*, 152 p. in-8°.) — Psychologie et psychiatrie (*Revue critique*), par Guicciardi. (*Rivista sper. di fren. e di med. leg.*, fasc. IV.) — Folie systématisée rudimentaire impulsive d'origine neurasthénique, par Morselli. (*Ibid.*, fasc. IV.) — Essai historique sur le délire des persécutions, par Manière. (*Thèse de Paris*, 15 avril.) — La politique et la folie, influence des graves émotions publiques sur les particularités du délire, par Legrand du Saulle. (*Gazette des hôpitaux*, 20 avril.) — Du régime alimentaire dans les asiles d'aliénés d'Irlande, par Mazière Courtenay. (*Journal of mental sc.*, avril, p. 16.) — La loi sur les aliénés devant le Sénat (analyse et appréciation), par Baume. (*Annales méd. psych.*, p. 55, janvier.) — Des symptômes prémonitoires de la folie, par H. Sutherland. (*Brit. med. j.*, p. 188, janv.) — Des perversions sexuelles chez les aliénés, par Cullerre. (*Annales méd. psych.*, p. 211, mars.) — Vol chez un épileptique mégalomane avec folie morale, par Solivetti et Lombroso. (*Arch. di psichiatria*, VII, 1.) — Mélancolie sénile, symptômes et pathogénie, par H. Donty. (*Americ. j. of insanity*, janv.) — Cerveau d'un dément avec nombreux dépôts calcaires disséminés dans les deux hémisphères et le cervelet, par Dercum. (*Med. News*, 24 avril.) — Deux cas de folie larvée, par Conolly Norman. (*Journal of mental sc.*, p. 36, avril.) — Folie à double forme (vomissements bilieux annonçant chacune de ses périodes et particulièrement la période d'agitation maniaque), par Ph. Rey. (*Annales méd. psych.*, janvier, p. 50.) — Le délire des grandeurs, par Regnard. (*Rev. scientif.*, 15 mai.) — Du délire chez les dégénérés, par Legrain. (*Thèse de Paris*, 27 mai.) — De l'homicide chez les persécutés, par Pelegry. (*Thèse de Paris*, 9 fév.) — Obs. ressemblant à la paralysie générale des aliénés, par Ormerod. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXI, p. 23.) — Du présage des impulsions destructives chez les aliénés, par Claye Shaw. (*Ibid.*, XXI, 1.) — Psychiatrie clinique, pathologie spéciale et thérapeutique des maladies mentales, par Heinr. Schüle. (*Traité de von Ziemssen*, *Leipzig*, t. XVI.) — De la thérapeutique suggestive chez les aliénés, par Voisin. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 avril.)

Alimentation. — L'alimentation de l'ouvrier à Paris, par Du Claux. (*Ann. d'hyg.*, fév.) — Recherches sur l'alimentation de l'homme avec le régime végétal, animal et mixte, par Jos. Hartmann. (*Thèse*, *Zurich.*) — Microscopie des aliments et boissons du règne végétal, par Josef Moeller. (*Berlin.*) — La fève de Chine, Soja hyspida, et sa valeur comme aliment, par Lipsky. (*Vratch*, n° 40, 1885.)

Digitized by Google

Amnios. — De l'épithélium de l'amnios, par GLADUSCHENKO. (*Prib. Morsk.*, fév.) — De l'amnios humain, par VITI. (Broch., *Sienne.*)

Amputation. — Traité des amputations des extrémités et de leurs complications, par WATSON. (In-8°, *Londres.*) — Sur un cas d'amputation congénitale, par RECLUS. (*Soc. de chir.*, XII, p. 46.) — Extirpation totale de l'omoplate avec résection de la tête de l'humérus et du bord acromial de la clavicule pour une carie, par SCHULZ. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXIII, 3 et 4.) — Désarticulation du genou : discussion à la Soc. chir. de Londres, par THOMAS BRYAN, BERKELEY HILL, etc. (*Brit. med. Journ.*, p. 1114, déc. 1885.) — Note à propos des amputations de jambe, par ARGELLIER. (*Thèse de Paris*, 8 janv.) — Amputation sous-astragalienne chez une cérébrale, par JEANNEL. (*Gaz. méd. de Paris*, 27 mars.)

Amygdale. — Études anatomiques, pathologiques et cliniques sur l'hyperplasie des amygdales pharyngiennes et sur son traitement chirurgical en vue de prévenir des affections auditives, par F. TRAUTMANN. (*Berlin.*) — Des amygdalites infectieuses et de leur traitement, par DUBOUSQUET-LABORDERIE. (*Bull. de thérap.*, 15 janv.) — De la syphilis amygdalienne à forme diphtéroïde, par A. ROBIN. (*Gaz. méd. de Paris*, 9 janv.)

Anatomie. — L'anatomie générale et son histoire, par DUVAL. (*Rev. scientif.*, 16 janv.) — Traité d'anatomie, d'anthropologie et d'ethnographie appliquées aux beaux-arts, par CH. ROCHET. (In-8°, *Paris.*) — Manuel d'anatomie pathologique, par ZIEGLER. (4e édition.)

Anémie. — L'anémie des mineurs en Hongrie, par PERRONCITO. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, décembre 1885.)

Anesthésie. — De l'influence des anesthésiques sur la nutrition, par DRAPIER. (*Thèse de Paris*, 7 mai.) — Les anesthésiques locaux, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Bull. de thérap.*, 30 décembre 1885.) — Des nouveaux analgésiques, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Ibid.*, 30 novembre 1885.) — Influence de l'anesthésie par inhalations de protoxyde d'azote pur sur diverses fonctions de l'économie, par LAFFONT. (*Acad. des sciences*, 18 janv.) — De l'anesthésie par l'éther avec la description d'un nouvel inhalateur, par THAILLON. (*N. York med. Journ.*, 2 janv.) — Anesthésie locale prolongée par l'emprisonnement du liquide anesthésique dans le champ opératoire, par CORNING. (*Ibid.*, 2 janv.) — Des propriétés chimiques et physiologiques du chlorure de méthylène, par VILLEJEAN. (*Thèse de Paris*, 17 mars.) — De la chloroformisation précédée d'une injection de morphine, par GIORDANO. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, juillet 1885.) — Tableau de la mortalité pour les anesthésiques en 1885, par ERNEST JACOB. (*Brit. med. Journ.*, p. 489, mars.) — Mort apparente chez les animaux anesthésiés à la suite d'excitation du nerf vague, par LAFFONT. (*Acad. des sc.*, 22 mars.) — Un cas de mort par le chloroforme, par VERNEUIL. (*Gaz. des hôpit.*, 9 fév.)

Anévrisme. — Anévrisme sacciforme de l'aorte ascendante, compression de l'oreillette droite, par P. RAYMOND. (*Soc. anat.*, 17 avril 1885.) — Un cas d'anévrisme disséquant de l'aorte thoracique et de l'aorte abdominale, par J. GRAHAM. (*Amer. Journ. of the med. sc.*, p. 155.) — Anévrisme de l'aorte ascendante, ayant perforé la cage thoracique et formant une énorme tumeur pulsatile externe; électrolyse, arrêt de développement de la tumeur, mort, autopsie, par J. WILLSON. (*Ibid.*, p. 162.) — Anévrisme de l'aorte ascendante; rupture dans le péricarde; mort, par CARAZA. (*Gaceta del Hospital militar*, 25 janv.) — Anévrisme de l'aorte thoracique descendante, ouverture dans la bronche gauche, par GRANDHOMME. (*Soc. anat.*, 22 janv.) —

Digitized by Google

Anévrisme de la crosse de l'aorte traité par la galvano-puncture, par MÉDAIL. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 24 janv.) — Anévrisme de l'aorte guéri et passé inaperçu pendant la vie, par NATIER. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 avril.) — Anévrisme de la cloison interventriculaire, par F. TAYLOR. (*Brit. med. J.*, p. 447, mars.) — Anévrisme traumatique de l'artère temporale gauche, par TSCHUDI. (*Wiener med. Presse*, n° 44, 1885.) — Anévrisme traumatique de l'occipitale, par GALLOZZI. (*La Riforma med.*, 9 avril.) — Des anévrismes artério-veineux de la carotide primitive et de la jugulaire interne, par E. PLAYETTE. (*Rev. de chir.*, 10 avril.) — Anévrisme de l'artère carotide primitive, guéri par le repos, la compression et l'iodure de potassium, par MACKINTOSH. (*Lancet*, 15 août 1885.) — Deux cas de ligature de l'artère sous-clavière pour des anévrismes du creux axillaire ; guérison, par SYDNEY JONES. (*Lancet*, 31 octobre 1885.) — Endocardite infectieuse, mort par rupture d'un anévrisme de l'artère mésentérique supérieure, par DE GIMARD. (*Soc. anat.*, 8 janv.) — Ligature de l'iliaque primitive droite pour un anévrisme diffus de l'iliaque externe; mort par pyémie le 21e jour, par JOHN GOULEY. (*New York med. Journ.*, 1885, p. 239.) — Anévrisme fémoral survenant au niveau d'un moignon d'amputation, par SYMONDS. (*Brit. med. J.*, p. 444, mars.) — Varice anévrismale de la cuisse, par VALLAS. (*Lyon méd.*, p. 421, 21 mars.) — Plaie pénétrante de la cuisse, anévrisme traumatique, ligature de la fémorale, guérison, par SPOFFORTH. (*Brit. med. Journ.*, p. 154, janv.) — Anévrisme de l'artère poplitée guéri par ligature de la fémorale superficielle, par GRAY. (*Lancet*, 19 décembre 1885.) — Anévrisme cirsoïde du dos du pied, par WALTER EDMUNDS. (*Medico-chir. Trans.*, LXVIII, p. 30.)

Angine. — De l'angine granuleuse arthritique, ses caractères et son traitement, par BOUCOMONT. (Broch., *Paris.*)

Angiome. — Angiomes extirpés chez un enfant de 6 mois, par JACOBI. (*Obst. Soc. of New York*, 16 fév.) — Phlébartériectasie spontanée du pied, par GERSTER. (*Med. News*, 20 mars.)

Anomalie. — Contribution à l'histoire des anomalies musculaires, par LEDOUBLE. (*Rev. d'anthropol.*, XV, 1.) — Transposition des viscères chez un nouveau-né (hernie diaphragmatique, dexiocardie, foie normalement placé), par JOHN PHILLIPS. (*Brit. med. Journ.*, p. 108, janv.)

Anthrax. — Traitement de l'anthrax sans incision par la méthode antiseptique (lavages au sublimé, pâte boriquée), par MOLLIÈRE. (*Lyon méd.*, 28 fév.)

Anthropologie. — Plan et importance de la craniologie anthropologique, par MANOUVRIER. (*Matér. pour l'hist. primit. de l'homme*, III, janv.)

Antisepsie. — Antisepsie médicale, par LEMOINE. (*Thèse d'agrég.*, *Paris.*) — Leçon sur les antiseptiques en chirurgie, par JOHN WOOD. (*Brit. med. J.*, p. 1095, déc. 1885.)

Anus. — Traitement du prurit anal, par GRELLETY. (*Bull. Soc. de thérap.*) — Des imperforations ano-rectales, par LERNON. (*Thèse de Paris*, 3 avril.)

Aorte. — Les aortites. (*Gaz. des hôp.*, 6 mars.)

Appareil. — Photomètre scolaire, par BERUN-SANS. (*Ann. d'hyg.*, fév.) — Enregistreur automatique des calories dégagées par un être vivant, par D'ARSONVAL. (*Acad. des sciences*, 5 avril.)

Artère. — Morphologie du système artériel chez l'homme, par MACALISTER.

Digitized by Google

(*Journ. of anat. and phys.*, janv.) — Un cas de redoublement du deuxième ton dans les artères du cou, par MONTELAGHI. (*Riv. clin. di Bol.*, nov. 1885.) — Deux cas de circulation collatérale, par ZUCKERKANDL. (*Wiener med. Jahrb.*, p. 273, 1885.) — Sept cas de persistance de l'artère hyaloïdienne, par v. REUSS. (*Wien. med. Presse*, p. 265.) — Blessure de la carotide primitive gauche par une arête de poisson arrêtée dans l'œsophage, par RIVINGTON. (*Lancet*, 31 octobre 1885.) — Rupture de l'artère poplitée dans un cas de fracture de l'extrémité supérieure du tibia, par SMUTNY. (*R. Accad. della sc. med. Gênes*, 8 fév.)

Articulation. — Ankylose angulaire du genou, opération de Robin, guérison, par MOLLIÈRE. (*Gaz. des hôp.*, 30 mars.) — De l'irrigation antiseptique des articulations, l'hydarthrose chronique, par WEIR. (*Med. News*, p. 164, 6 fév.) — Plaie de l'articulation du genou droit, arthrite suppurée, guérison, par DESPRÉS. (*Gaz. des hôp.*, 30 mars.) — Affection chronique de l'épaule, obs. qui démontrent l'inefficacité des mouvements passifs avec ou sans anesthésie comme moyens de remédier à l'ankylose fibreuse, par GIBNEY. (*Med. News*, 1er mai.) — De la périarthrite du genou, affection de la bourse séreuse de la patte d'oie, par PARDO DE TAVERA. (*Thèse de Paris*, 3 avril.) — Diagnostic des traumatismes de l'articulation sacro-iliaque, par LEWIS. (*St-Louis med. Review*, 10 avril.)—Simulation d'une ankylose avec flexion forcée de la cuisse droite chez un jeune mendiant prétendu cul-de-jatte depuis un an et demi, par MILLARD. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 18 déc. 1885.) — De l'étiologie des arthrophytes, par MUELLER. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er fév.) — Sur plusieurs faits d'arthrotomie pour corps étrangers articulaires, par BOPPE et KRUG-BASSE, rapport par KIRMISSON. (*Bull. Soc. de chir.*, XII, p. 183.)

Asthme. — Remarques sur la théorie de l'asthme bronchique, par CRESSWELL BABER. (*Brit. med. Journ.*, p. 247, fév.) — De l'iodure de potassium dans l'asthme spasmodique, par ORMEROD. (*The Practitioner*, avril.)

B

Bain. — De la température et de l'excrétion d'albumine sous l'influence des bains de sable, par AUGUST WEILAND (*Mittheilungen aus der medicinischen Klinik in Wursburg*, t. II.)

Bassin. — Cinq cas de cellulite pelvienne suppurée, par P. CLARKE. (*Journ. of amer. med. ass.*, p. 57, 16 janv.)

Bégaiement. — Influences héréditaires et diathésiques sur le bégaiement, par PONS SIMON (*Gaz. des hôp.*, 8 avril.)

Biliaires (Voies). — Réflexes cardio-vasculaires dans la lithiase biliaire, par COIGNARD. (*Union médicale*, 11 mars.) — Des conséquences de la ligature du canal cholédoque (Karyokinèse consécutive), par CANALIS. (*Giorn. della R. Acad. di med. di Torino*, juin 1885.) — Adénome des voies biliaires et périangiocholite, par FEDERICI. (*La riforma med.*, 29 janv.) — Cinq nouveaux cas de cholécystotomie, par LAWSON TAIT. (*Lancet*, 13 fév.) — De l'intervention chirurgicale dans certains cas de lithiase biliaire, par THIRIARD. (*Rev. de chir.*, 10 mars.). — La médecine opératoire des voies biliaires, en particulier de la fistule entéro-cholécystique, par COLZI. (In-8°, *Florence*).

Digitized by Google

—Contribution à la chirurgie des voies biliaires, par THEOPHIL ROTH. (*Thèse, Bâle*, 1885.)

Blennorragie. — Nouveau traitement de la blennorragie chronique au moyen des bougies à rainure, par GASPER. (*Lancet*, 6 fév.) — Note sur un cas de conjonctivite blennorragique séro-vasculaire bénigne spontanée, par ARMAIGNAC. (*Revue clinique d'oculistique*, n° 1, p. 1.)

Bouche. — Des tumeurs malignes de l'arrière-bouche, par CASTEX. (*Rev. de chir.*, 10 janv.) — Du traitement chirurgical des tumeurs du plancher de la bouche, par FEUILLETAUD. (*Thèse de Paris*, 18 mars.)

Bronche.—Contribution à la connaissance des tumeurs primitives des bronches par THÉODOR BAENZIGER. (*Thèse, Berne*, 1885.) — Bronchite pseudo-membraneuse, par RIEUX. (*Lyon méd.*, p. 314, 7 mars.)

Brûlure. — Brûlure au premier degré par du pétrole. Mort le 4e jour après des convulsions. Ulcérations nombreuses du gros intestin, par CASTELAIN. (*Bulletin médical du Nord*, nov. 1885.)— Du traitement des brûlures graves par le lit d'eau de Hebra, par W. LAWRIE. (*Glasg. med. Journ.*, p. 113.)

C

Cancer. — Théorie de l'hérédité du cancer, par PERCY DUNN. (*Lancet*, 23 janv.)— Les antécédents de famille des cancéreux, par ROGER WILLIAMS. (*Lancet*, 23 janv.)— De la dissémination chirurgicale du cancer, par A. GERSTER. (*New York med. Journ.*, 1885, p. 233.)

Cerveau. — Contributions à la compression des sillons encéphaliques chez les carnivores et chez l'homme, à propos de la description d'un cerveau de lion, par VICTORIA FAMILIANT. (*Thèse, Berne*, 1885.) — De la théorie du professeur Hamilton relativement à la constitution du corps calleux, par C. BREVOR (n'admet pas la décussation des fibres corticales à travers le corps calleux. *Brain*, p. 377, oct. 1885.)—Rapport du cerveau et des facultés intellectuelles dans l'etat de santé et de maladie, par BUTTOLPH. (*Americ. Journ. of insanity*, janv.) — Leçons sur le mécanisme cérébral de la vision et de l'odorat, par ALEXANDER HILL. (*Brit. med. Journ.*, p. 436, mars.)—L'encéphale, structure et description iconographique du cerveau, du cervelet et du bulbe, par GAVOY, préface de Vulpian. (In-4°, 1re liv., *Paris*.) — Recherches expérimentales sur le mécanisme du fonctionnement des centres psychomoteurs du cerveau, par J.-M. MARIQUE. (*Thèse d'agrégation de Bruxelles*, 1885.)— De la compression et de la compressibilité du cerveau, par GRASHEY. (In-8°, *Würzbourg*.) —Expériences inédites de Schiff sur l'excitabilité de l'écorce cérébrale, par HUGGARD. (*Lancet*, 1er août 1885.) — L'inertie de l'œil et du cerveau, par JAMES MAC KEEN CATTELL. (*Brain*, p. 294, oct. 1885.) — Langage intérieur et diverses formes d'aphasie, par BALLET. (*Thèse d'agrégation, Paris*)— Observation d'amnésie aphasique, par F.-J. CREMEN. (*Brit. med. Journ.*, p. 15, janvier.) — La microcéphale marguerite Becker, par LŒWENTHAL. (*Semaine méd.*, 10 mars.) — Hydrocéphalie observée chez un très jeune enfant, mort. Autopsie, par DESCROIZILLES. (*Gaz. des hôp.*, 25 fév.) — Un cas de microcéphalie imputable à une impression morale subie par la mère pendant sa grossesse, par LOMBROSO. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, septembre 1885.) — Hémorragies cérébrales multiples, intraventriculaires et

Digitized by Google

protubérantielles ayant donné lieu à de l'hémiplégie et à du myosis, par HALE WHITE. (*Brain*, p. 533.)— Hémorragie cérébrale, double névrite optique, par BRISTOWE. (*Brit. med. J.*, p. 548, mars.) — Hémorragie du pont de Varole, par MAC DONELL. (*Montreal med. chir. Soc.*, 5 janv.) — Hémorragie de la protubérance, par P. RAYMOND (*Soc. anat.*, 10 janv.) — Ramollissement du corps strié, par SHAW. (*New York neurol. Soc.* 4 janv.) — Embolie de l'artère basilaire chez un homme de 21 ans, non affecté de maladie de cœur, par CH. CHADWICK. (*Brit. med. J.*, p. 391, fév.)—Paralysie totale du trijumeau avec hémiplégie alterne; rapport de cette paralysie avec l'état du goût, par DANA. (*New York neurol. Soc.*, 2 fév.) — Des moyens les plus propres à favoriser le retour du mouvement dans les paralysies consécutives aux attaques d'apoplexie cérébrale, par CAZAUBON. (In-8°, *Bordeaux.*) — Abcès du cerveau, par KOUKOUDJANOFF. (*Semaine méd.* 6 janv.) — Note sur un cas de sclérose miliaire du cerveau, par GOWERS. (*Lancet*, 23 janv.)— Signes des tumeurs cérebrales, par PH. ZENNER. (*Journ. of. the amer. med. ass.* p. 230, 27 fév.) — Structure de certains gliomes, par OSLER. (*Philad. neurol. soc.*, 26 janv.) — Tumeurs du cerveau, symptomatologie, par ZENNER. (*Cincinnati acad. of med.* 1er fév.) — Sarcome siégeant au niveau de l'isthme de l'encéphale, développé autour de la partie antérieure droite de la tente du cervelet en arrière du sinus caverneux ; accouchement prematuré, mort par asphyxie, par DE GIMARD. (*Soc., anat.*, 5 fév.)— Hernie du cerveau traitée avec succès en recouvrant la fissure cranienne par une plaque d'argent par RODERICK MACLAREN. (*Brit. med. journ.*, p. 544, mars.) — Extraction du cerveau, d'une balle de pistolet, par une contre-ouverture du crâne. Guérison, par W. FLUHRER. (*New York med. Journ.*, 1885, p. 345.)

Cervelet. — Physio-pathologie du cervelet, par F. LUSSANA. (*Medicina contemporanea*, février.) — Un cas d'hémorragie cérébelleuse, par JEFFERSON. (*Lancet*, 10 oct. 1885.) — Deux cas d'hémorragie, un cas d'abcès du cervelet, par WILKINS. (*Montreal med. chir. Soc.*, 22 janv.)

Césarienne (Opération). — De l'opération césarienne avec double suture de l'utérus par la méthode de Sänger, par POTOCKI. (*Ann. de gynécol.*, mars.)— Opération de Porro, par JONES. (*Obst. transact.* XXVII, p. 4.) — Opération de Porro, par LESI. (*Raccoglitore med.*, 10 sept. 1885.)— *Idem* par CHIARA. (*Ann. di Ostet.*, mars 1885.)

Chancre. — Étude sur le chancre non infectant de l'utérus et ses rapports avec le chancre mou du vagin, par MOUGENC DE SAINT-AVID. (*Thèse de Paris*, 6 avril.)

Charbon. — Leçons sur le charbon, par STRAUS. (*Progrès médical*, 2 janv.)— Expériences démontrant que dans certaines conditions le virus charbonneux s'atténue dans la terre, par FELTZ. (*Acad. des sciences*, 11 janv.) — Du charbon et de la gangrène toxique, par KOCH. (In-8°, *Stuttgart.*)— Deux cas de charbon, l'un mortel, avec les allures d'un érysipèle phlegmoneux, l'autre guéri (pustule maligne), par CHAUNEY PUZEY. (*Brit. med. Journ.*, p. 154, janv.) — Action des moyens désinfectants sur la contagion du charbon, par WORONZOW. (*Russkaia med.*, n° 3.) — Traitement de la pustule maligne par les incisions au thermocautère, par CHEVALLIER, (*Thèse de Paris*, 14 janv.)

Choléra. — Expériences comparatives sur le bacille de Koch et le bacille d'Emmerich du choléra, par COPPOLA. (*La riforma med.*, 26 mars.) — Les eaux potables et le choléra de 1884, par THOMAS. (*Thèse de Paris*, 6 avril.) L'épidémie de choléra de Guilvinec, par MONOD. (*Rev. d'hyg.*, 20 mars.) — Épidémie de choléra dans le Finistère, par PROUST. (*Bull. de l'Acad. de*

Digitized by Google

méd., XV, n° 6.) — Leçon sur le choléra, par W. Beatson. (*Brit. med.* p. 481, mars.) — De l'érythème scarlatiniforme, et rubéolique dans le choléra, par Tarral. (*Thèse de Paris*, 20 mai.) — Étude sur la période de réaction du choléra, par Oddo. (*Thèse de Paris*, 27 mai.)

Chorée. — Des troubles des nerfs trophiques dans la chorée, par Th. Eshcerich. (*Mittheilungen aus der medicinischen klinik in Würzburg*, t. II.)— Nosographie des chorées, par Lannois. (*Thèse d'agrég. Paris.*) — De la chorée et de sa prétendue origine embolique, par Howship Dickinson. (*Lancet*, 2 janvier.) — Note sur l'existence de l'ovarie dans la chorée de Sydenham, par Marie. (*Progrès médical*, 16 janvier.) — Observation de chorée mortelle avec autopsie. Intégrité absolue du système nerveux central, par Guinon. (*France médicale*, 19 janvier.) — Traitement de la chorée par l'arsenic, par W.-B. Cheadle. (*The practitioner*, février.)

Choroïde. — Ossification de la choroïde, par Ware. (*Journ. of americ. med. ass.*, 9 janv.) — Ossification de la choroïde et du cristallin, par Coleman et Tilley. (*Journ. of amer. med. ass.*, p. 272, 6 mars.)— Étude sur le sarcome de la choroïde, par Dehenne. (*Union médicale.* 16 fév.)

Cicatrice. — Du traitement des chéloïdes, par Guyard. (*Thèse de Paris*, 17 fév.)

Cimetière.— Les nouveaux cimetières parisiens de Bagneux et de Pantin, par Du Mesnil. (*Ann. d'hyg.*, fév.)

Circulation. — Sur les variations locales du pouls dans le cerveau et l'avant-bras sous l'influence de divers agents thérapeutiques, par Capelli et Brugia. (*Arch. ital. per le mal. nervose*, janv.) — Sur l'apparition de l'ondulation vasculaire dans la courbe du pouls carotidien, par Erns. Mutzenberg (*Thèse, Berne*, 1885.)

Climat. — Des stations climatériques dans les Abruzzes et particulièrement de Tronto, par Pietrangelo. (*Arch. ital. di laring.*, V, fasc. 3 et 4.) — Le climat du sud de la Floride pour les affections pulmonaires des femmes et des enfants, par Keating. (*New York med. Journ.*, 23 janv.)—Étude médicale et climatologique sur le pays de l'Oued-Souf (Constantine), par Escard. (*Arch. de méd. milit.*, 16 janv.)

Cocaïne. — Action de la cocaïne et d'autres anesthésiques sur les nerfs sensitifs de la peau, par Goldscheider. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, n° 2.)— Influence des badigeonnages de chlorhydrate de cocaïne dans le pharynx sur la sensation de la soif et sur la sécrétion parotidienne, par Lepidi-Chioti et Fubini. (*Giorn. della R. Acad. di med. di Torino*, déc. 1885.) — Remarques sur l'emploi de la cocaïne, par Shalders Miller. (*Brit. med. J.*, p. 439, mars.) — De quelques usages thérapeutiques de la cocaïne, par Guaita. (*Annali di Ottalmol.*, XIV, p. 458.) — Recherches sur l'emploi de la cocaïne en pathologie interne, par Gohde. (In-8°, *Erlangen.*) — Note sur les effets du chlorhydrate de cocaïne employé comme analgésique dans les brûlures et les congélations superficielles, par Ruault. (*Union médicale*, 6 fév.) — Cocaïne dans le cancer de l'utérus, par Gaches Sarraute. (*Semaine médicale*, 6 janv.) — De la cocaïne employée comme anesthésique dans l'extirpation des tumeurs cancéreuses par les caustiques, par Jennings. (*Lancet*, 10 octobre 1885.) — De quelques applications de la cocaïne, par Abadie. (*Gaz. des hôp.*, 2 fév.) — De l'emploi de l'oléate de cocaïne en ophtalmologie, par C. Lundy. (*New York med. Journ.*, 1885, p. 247.) — Chlorhydrate de cocaïne dans les opérations sur les yeux, par Petrikovich. (*Wien. med.*

Digitized by Google

Presse, p. 179.) — Action mydriatique de la cocaïne, par Jessop. (*Proceed. of royal Soc.*, juin.) — De la cocaïne en otologie, par Bishop, (*Journ. of American med. ass.*, 20 fév.) — De la cocaïne et de son usage dans les opérations sur les dents, par Martini. (*Giorn. della R. Acad. di med. di Torino*, juillet 1885.) — De l'utilité de la cocaïne dans l'opération de la lithotritie, par Dubuc. (*Union médicale*, 17 janv.) — De la cocaïne dans la lithotritie, par Eug. Bœckel. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er avril.) — Du nitrite d'amyle comme antidote de l'empoisonnement par la cocaïne, par Schilling. (*Cent. f. die ges. Therap.* fév.)

Cœur. — L'électrisation directe du cœur, par Corning. (*Virginia med. Monthly*, avril.) — Influence de la position du corps sur celle du cœur et sur la pression intracardiaque, par C.-J. Bond. (*Brit. med. Journ.*, p. 409, décembre 1885.)—Des malformations du cœur, par Lavergne. (*Thèse de Paris*, 2 mars.) — Sur 2 cas de malformations cardiaques, par Barbillon. (*Soc. anat.*, 22 janv.) — Contribution aux vices de conformation du cœur, par Marie Spwastianoff. (*Thèse*, *Berne*, 1885.) — Sur une anomalie rare de l'oreillette gauche du cœur, par Sperino. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, mars -avril.) — Des variations imprimées à certains souffles intra et extracardiaques par les variations respiratoires, par Bastard. (*Thèse de Paris*, 3 mars.) — Les souffles cardiaques mitraux, par Flint. (*Americ. Journ. of med. sc.*, janv.) — Des bruits extracardiaques. De l'adhérence du péricarde, par F. Frank. (*Trib. méd.*. 3 janv.) — Des maladies du cœur, par Griebel, (In-8°, *Leipsig.*) — Cardiopathies, par Jaccoud. (*Semaine med.*, 13 janv.) — Sur les cardiopathies artérielles, par Sabatier. (*Thèse de Paris*, 14 janv.) — Des accidents cérébraux dans les maladies du cœur, par Legrand du Saulle. (*Gaz. des hôp.*, 9 mars.) — De la classification de l'endocardite, par Friedrich Buhler. (*Thèse*, Berne, 1885.) — De l'endocardite primitive chez les militaires, par Fournier. (*Gaz. des hôp.*, 30 janv.)— Endocardite infectieuse, par Jaccoud. (*Semaine méd.*, 24 fév.) — Deux cas d'endocardite ulcéreuse végétante, ayant pour origine des foyers de suppuration des organes génito-urinaires. (*Gaz. des hôp.*, 13 fév.) Étude de la symphyse cardiaque, par Lavallée. (*Thèse de Paris*, 22 janv.) — Le thrombus sphérique libre du cœur au point de vue clinique, par T. Lang. (*Wien. med. Presse*, p. 207.) — De la dilatation et de l'hypertrophie du cœur, d'origine non valvulaire, par F. Delafield. (*Amer. Journ. of the med. sc.*, p. 96.) — Athérome des artères, rétrécissement valvulaire extrême de l'orifice aortique ; rétrécissement annulaire moyen de l'orifice mitral, hypertrophie et dilatation du ventricule gauche, asystolie tardive, par Vinay. (*Lyon méd.*, 14 mars.) — Sur un nouveau signe physique de l'insuffisance tricuspidienne, par Pasteur. (*Lancet*, 17 septembre 1885.) — Observation d'inocclusion de la cloison interventriculaire, avec rétrécissement de l'artère pulmonaire, chez un jeune homme de vingt et un ans, par Dumontpallier. (*Soc. méd. des hôp.*, 18 déc. 1885.) — Myocardite et endocardite expérimentales, par Ribbert. (*Forschritte der Med.*, n° 1.) — Rupture d'un cordage tendineux végétant de la valvule mitrale, infarctus du rein et du poumon, par Poupon. (*Soc. anat.*, 17 avril 1885.) — Cachexie cardiaque, dégénérescence granulo-calcaire des valvules du cœur droit et gauche, par Poupon. (*Soc. anat.*, 17 avril 1885.) — Myocardite parenchymateuse aiguë, par Samuel West. (*Lancet*, 30 janvier.) — Myo-péricardite aiguë ; asphyxie paroxystique ; mort. Autopsie, par Herbland Morin. (*France médicale*, 16 fév.) — Rupture du cœur, survie de 20 heures, par Johnston. (*Montreal med. chir. Soc.*, 5 mars.) — Deux cas de rupture du cœur survenue sans le moindre effort musculaire occasionnel, par Ogilvie Grant. (*Brit. med. J.*, p. 541, mars.) Contribution à l'étude de la cicatrisation des plaies du cœur, par Emile Challand. (*Thèse inaugurale*, *Genève*, 1885.)

Digitized by Google

Conjonctive.— Épithélioma de la conjonctive bulbaire, par GUAITA. (*Gazz. de gli ospit.*, 30 sept. 1885.)— Contribution à l'étude des tumeurs congénitales de la conjonctive et de la cornée, par GALLENGA. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, juillet 1885.) — L'idiosyncrasie de la conjonctivite atropinique, par GLORIEUX. (*Ann. d'oculist.*, XCIV, p. 201.)

Coqueluche.—Traitement de la coqueluche par les insufflations de poudres dans le nez, par GRASSET. Analyse du travail de Michael. (*Semaine méd.*, 10 mars.) — Le chlorhydrate d'apomorphine et les inhalations phéniquées dans le traitement de la coqueluche, par DEMARTINI. (*La riforma med.*, 10 mars.)

Cordon ombilical. — Un cas d'enroulement et de torsion des cordons de deux jumeaux renfermés dans le même sac, par SEDLACZECK. (*Arch. f. Gynaek.*, XXVI, 2.)

Cornée. — Contribution à l'étude de la kératite neuro-paralytique, par BAUDRY. (*Bulletin médical du Nord*, nov. 1885.) — Ulcérations trophiques de la cornée après un érysipèle de la face, par NEVE. (*British med. Journal*, n° 1309, p. 200.) — Staphylômes cornéens et synéchies antérieures ; accidents qui peuvent en être la conséquence ; traitement, par ABADIE. (*Arch. d'ophtalm.*, V, n° 6, p. 499.)— Sur la cautérisation dans les abcès de la cornée, par KNAPP. (*Transact. of the amer. ophthalm. soc.*, XXI, p. 40.) — Note sur la valeur du thermocautère dans le traitement des ulcérations infectieuses de la cornée, par RENTON. (*Ophthalm. Review*, IV, n° 50, p. 353.)

Corps étrangers. — Corps étranger du larynx, aiguille de 3 centimètres, par AYSAGUER. (*Ann. des mal. de l'oreille*, fév.) — Asphyxie causée par enclavement dans la trachée d'une pièce dentaire artificielle. Mort, par R.-F. CHAPMAN. (*New-York med. Record.*, 14 mars 1885.) — Extraction d'un morceau de canule à trachéotomie ayant séjourné deux jours dans la bronche droite, par RICKMAN GODLEE. (*Lancet*, 6 fév.) — Extraction du mors d'un davier, engagé dans la bronche droite, par MAC CORMAC. (*Lancet*, 2 janv.) — De l'introduction dans les voies aériennes de dents extraites, par PETIT. (*Union médicale*, 13 mars.) — Note sur la localisation des corps étrangers qui ont pénétré dans l'humeur vitrée, leur traitement ; observation d'un fragment d'acier apparaissant dans la plaie primitive après être resté logé trois mois dans l'œil, par WOODS. (*Med. News*, 24 avril.)— Extraction d'une pièce de fer de l'œil, par une contreponction, par MITTENDORF. (*New York med. Journal*, XLIII, n° 6.) — Paralysie du releveur de la paupière supérieure et du droit supérieur, consécutive à la pénétration d'un plomb de chasse dans la cavité orbitaire. Guérison, par MENGIN. (*Rec. d'ophtalm.*, XIII, n° 1 p. 21.) — Note sur un corps étranger du cristallin, par SEDAN. (*Ibid.*, n° 12, p. 734.) — Extraction d'un morceau d'acier du cristallin avec l'électro-aimant, par MINOR. (*Transact. of the amer. ophthalm. soc.*, 21, p. 97.)— Neuf cas successifs dans lesquels l'électro-aimant fut employé pour l'extraction de fragments de fer de l'intérieur de l'œil, par KNAPP. (*Ibid.*, 21, p. 100.) — Perforation de la veine iliaque interne par un corps étranger de l'intestin, par STIMSON. (*New York surg. soc.*, 12 avril.) — Corps étranger du canal de Wharton, par WERTHEIMER. (*Bulletin médical du Nord*, déc. 1885.) Corps étranger de l'œsophage, mort par suite des tentatives d'extraction. — Deux cas (avec succès) d'extraction de fausses dents de l'œsophage, par BULL. (*New York surg. soc.*, 23 fév.) — Épine d'aubépine implantée dans le muscle grand dorsal (depuis 15 ans) et simulant un fibrome, par DE FORTUNET. (*Lyon méd.*, 18 avril.) — Extraction d'une balle enchassée depuis trente ans dans le condyle interne du fémur, par MAC GILLAVRY. (*Lancet*,

Digitized by Google

12 déc. 1885.) — Pessaire de bois porté six ans, avec orifice oblitéré par un dépôt adhérent, par HORROCKS (*Obst. transact.*, XXVI, p. 54.)

Cou. — Sur les aponévroses et les loges aponévrotiques du cou, par PAULSEN. (*Deut. Zeit. f. Chir*, XXIII, 3 et 4.) — De l'extirpation des tumeurs profondes du cou, par BARKER. (*Lancet*, 30 janv.)

Couleur. — Essai d'une explication physiologique des couleurs complémentaires, par TRÈVE. (*Acad. des sciences*, 27 avril.) — Description de quelques modifications dans la mesure du sens des couleurs, par OLLIVER. (*Transact. of the amer. ophthalm. soc.*, p. 110.)

Crâne. — Étude des fissures de la base du crâne, par ROSENTHAL. (In-8°, *Vienne.*) — Note sur un crâne de voleur (avec une planche), par AMADEI. (*Rivista sper di fren. e di med. leg.*, fasc. IV.) — Fracture du crâne, déchirure de l'artère méningée moyenne ; épanchement intra-cranien et compression du cerveau ; trépanation, ligature du vaisseau lésé, par CHARTERS SYMONDS. (*Lancet*, 17 oct. 1885.— Fracture du crâne avec dépression temporo-pariétale, guérison par trépanation, par PAUL SWAIN. (*Brit. med. Journ.*, p. 1113, déc. 1885.)

Crémation. — De la crémation aux points de vue hygiénique et médico-légal par ANNIE MAC CALL. (*Thèse*, *Berne*, 1885.)

Cristallin. — Recherches sur le cristallin, par ROBINSKI. (*Deutsche med. Woch.*, n° 4.) — Contribution à l'étude sur l'extraction du cristallin dans sa capsule, par LUCIEN BLANC. (*Thèse inaugurale*, Genève 1885.) — Étiologie de la cataracte, par DE WECKER. (*Revue clinique d'oculistique*, n° 12, p. 281.) — Du passé et du présent dans l'opération de la cataracte par extraction, par PANAS. (*Semaine méd.*, 3 mars.) — La cataracte, par GALEZOWSKI. (*Progrès médical*. 13 mars.) — Note sur l'opération de la cataracte, par VACHER. (*Bull. Soc. de chir.*, 12, p. 283.) — De l'occlusion immédiate de la plaie cornéale après l'opération de la cataracte, par GALEZOWSKI. (*Lancet*, 2 janvier.) — Étude sur l'extraction de la cataracte, par BETTREMIEUX. (*Arch. d'ophtalm.*, V, n° 6, p. 508.) — Soins préliminaires à donner aux malades avant l'opération de la cataracte, par GALEZOWSKI. (*Recueil d'ophtalmologie*, 1885, n° 12 p. 721.) — Les causes de suppuration et d'inflammation après l'extraction de la cataracte, par DE WECKER. (*Ann. d'oculist.*, XCIV, p. 221.) — Remarques sur l'extraction du cristallin dans sa capsule, par ROOSA. (*Transact. of the amer. ophthalm. soc.*, XXI, p. 27.) — Des injections dans l'opération de la cataracte, par MAC KEOWE. (*Ophth. soc. of great Brit., Ireland*, 15 octobre 1885.) — Sur les mauvais résultats de la cocaïne dans des cas d'extraction de la cataracte, par WOOD-WHITE. (*Ophthalm. review*, V, n° 51, p. 6.)—Application de rondelles gélatineuses pour l'occlusion de la plaie cornéale après l'extraction de la cataracte, par GALEZOWSKI. (*Annali di ottalmol.*, 14. p. 414.) — Une opération avec une aiguille double, en fourche, pour l'extraction du cristallin luxé dans la chambre vitréenne, par AGNEW. (*Transact. of the amer. ophthal. soc.*, 21, p. 69.)—De la luxation sous-conjonctivale du cristallin, par TALCHI. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, juillet 1885.) — Deux cas de luxation sous-conjonctivale du cristallin, par HARLAN. (*Transact. of the amer. ophthalm. soc.*, XXI, p. 140.) — Extraction d'un cristallin luxé dans le vitréum, par WEBSTER. (*Ibid.*, 21, p. 152.) — Luxation du cristallin sous la capsule de Ténon, par WADSWORTH. (*Ibid.*, XXI, p. 147.)— Deux cas d'affection très rare du cristallin et de son ligament, par STANDERINI. (*Annal. di ottalmol.*, XIV, p. 519.)

Cysticerque. — Une extraction de cysticerque du corps vitré, par HALTENHOF.

Digitized by Google

(*Ann. d'oculist.*, XCIV, p. 236.) — Cysticerque de la chambre antérieure de l'œil, par R. Williams. (*Lancet*, 16 janv.) — Cysticerque sous-conjonctival, par Duci. (*Gazetta degli ospitali*, 7 juin 1885.) — Sur trois cas de cysticerque dans le cerveau de l'homme, par Parona. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, août 1885.)

D.

Daltonisme. — Examen optométrique et chromatoscopique des employés de chemins de fer, par Richi et Velardi. (*Bolletino d'ocul.*, XIII, n° 5, p. 109.) — Table pour la recherche du daltonisme, par V. Reuss. (*Wien. med. Presse*, p. 75.)

Dent. — Des origines de l'art dentaire, par David. (*Rev. scientif.*, 30 janv.) — Application esthétique de l'art dentaire, par Currie. (*Journ. of americ med. assoc.*, 9 janv.) — Compendium de pathologie et de thérapeutique des maladies de la pulpe dentaire, par Witzel. (In-8°, *Hagen.*) — De l'obturation des canaux dentaires, par Gillard. (*L'odontologie*, janv.) — Les dents rudimentaires, par Zuckerkandl. (*Wien. med. Jahrb.*, p. 377, 1885.)

Désinfection. — Valeur désinfectante du chlorure d'étain, par Abbott. (*Med. News.*, 30 janv.)

Diabète. — Troubles nerveux dans le diabète chez les femmes (revue critique), par Lecorché. (*Archives de neurol.*, vol. XI, p. 50.) — Sur la sécrétion du sucre dans l'urine après la consommation d'hydrate de carbone dans le diabète sucré, par Worm-Mueller. (*Nord. Med. Arkiv*, XVII, n° 13.) — La valeur de petites quantités de sucre dans l'urine, par Mac-Bride. (*N. York Acad. of med.*, 18 mars.) — Diabète et mal perforant, par Jeannel. (*Rev. de chir.*, 10 janv.) — Le traitement du diabète, par Burrall. (*N. York Acad. of med.*, 18 mars.)

Diphtérie. — De la diphtérie à Kalamazoo, par Hemenway. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 27 fév.) — La diphtérie épidémique dans le canton de Zurich, par Martin Neukomm. (*Leipzig.*) — Influence de la diphtérie sur les récidives d'angine, chez les individus prédisposés, par Astley Gresswell. (*Brit. med. journ.*, p. 44, mars.) — Croup, trachéotomie, guérison, par Neet. (*Med. News.*, 30 janv.) — Des nouvelles méthodes de traitement de la diphtérie, par Levi. (*La Riforma med.*, 9 fév.) — Diphtérie, traitement par fumigations antiseptiques dans un milieu de 24 degrés cent., par Bouchard. (*Gaz. des hôpit.*, 26 janv.) — Un cas de laryngite pseudo-membraneuse, guérison ; injections d'apomorphine, par Fede. (*Arch. ital. di Caringol*, n°s 3 et 4.) — Aérothérapie antiseptique dans la diphtérie, par Renou. (*Bulletin de la Société de médecine d'Angers*, décembre 1885.) — Du traitement de la diphtérie par la galvanocaustie, par Bloebaum. (*Deut. med. Zeit.*, 6 mai.) — Traitement de la diphtérie par l'eucalyptus et l'essence de térébenthine, par Barthélemy et Blanchereau. (*Journ. de méd. de l'Ouest.*, 3 juin 1885.) — Diphtérie, traitement par les fumigations antiseptiques, mort, par Bouchard. (*Gaz. des hôp.*, 20 avril.)

Dysenterie. — Note sur un cas de dysenterie, guérie par le seigle ergoté, par Boisseau du Rocher. (*Progrès médical*, 6 mars.) — Dysenterie, abcès du foie. Péricardite terminale, par Ferron. (*Gaz. hebd. sc. méd. de Bordeaux*, 31 janv.)

Digitized by Google

E

Eau. — Filtration d'eau sans microbes, par FRANKLAND. (*Proceed. of royal soc.*, juin.) — L'approvisionnement d'eau des villes et des villages, par VAN DER VEER. (*New York med. Journ.*, p. 141.)

Eaux minérales. — Cours sur les eaux minérales et les maladies chroniques, par DURAND FARDEL. (*Union médicale*, 13 février.) — Étude thérapeutique des eaux minérales sulfurées sodiques d'Eaux-Chaudes-d'Ossan, par JOLIEU. (In-8°, *Toulouse.*) — La cure de Barèges en regard de l'intervention chirurgicale dans les ostéites strumeuses, par GRIMAUD. (In-8°, *Paris.*) — Études analytiques sur les eaux de Saint-Sauveur, par CAULET. (*Ann. de la Soc. d'hydrol.*, XXXI.) — Les eaux thermales sulfureuses d'Amélie-les-Bains, par MARTY. (*Gaz. des eaux*, nov. 1885.) — Lacaune, ses eaux minérales, son climat, par BRINGUIER. (In-8°, *Montpellier.*) — Creuznach; études médicales sur ses eaux chlorurées, iodo-bromurées, par DENEFFE. (In-8°, 3e édit., *Bruxelles.*) — De l'action révélatrice et bienfaisante des eaux sulfureuses de Cauterets sur la diathèse palustre, par ROBERT. (In-8°, *Pau.*)

Éclampsie. — Étude de l'éclampsie et de l'urémie, par OSTHOFF. (In-8°, *Leipzig.*) — Des rapports de l'éclampsie puerpérale avec la maladie de Bright, par J. TYSON. (*Med. News.*, 1er mai.) — Un cas d'éclampsie gravidique traitée par les injections sous-cutanées de pilocarpine; guérison, par HORROCKS. (*Lancet*, 13 juin 1885.) — Éclampsie puerpérale et anurie, par MANDILLON. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 28 fév.)

Électricité. — Sur la condition électrique du corps humain envisagé comme conducteur, par WILLIAM STONE. (*Brit. méd. J.*, p. 728, avril.) — Courants électriques naturels, par ONIMUS. (*Gaz. méd. de Paris*, 16 janv.) — Nouvelle méthode d'électrodiagnostic, par GÆRTNER. (*Wien. med. Jahrb.*, p. 389, 1885.) — Sur un nouvel appareil d'induction, par E. TIEGEL. (*Brain*, p. 380, oct. 1885.) — Recherches sur l'électrolyse et le transfert des médicaments à travers l'organisme par le courant électrique, par BARDET. (*Bulletin de thérap.*, 15 novembre 1885.) — L'emploi chirurgical de l'électricité dans les voies aériennes supérieures, par LINCOLN. (*N. York med. Journ.*, 16 janv.) — Crampe des violonistes traitée avec succès par l'électricité, par ADOLPHE WAHLTRICH. (*Brit. med. Journ.*, p. 11, 2 janv.) — Cas d'insuccès dans l'usage de la pointe électrique, par PIERD'HOUY. (*Bollettino d'oculist.*, VIII, n° 6, p. 145.) — Emploi de l'électrolyse pour faire disparaître complètement les nævi et les verrues, par VOLTOLINI. (*Deutsche med. Woch.*, p. 104.)

Embryologie. — Traité d'embryologie comparée, par BALFOUR. (2e édition, 2 vol., *Londres.*) — Sur la physiologie de l'embryon, par PREYER. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, mars-avril 1885.)

Emphysème. — Deux cas d'emphysème sous-cutané pendant le travail de l'accouchement, par A. MILLER. (*Brit. med. J.*, p. 1108, déc. 1885.)

Empoisonnement. — Empoisonnement par l'opium (ingestion de 45 gr. de laudanum, atropine, lavage de l'estomac), guérison, par ALEXANDER. (*Glasgow med. Journ.*, janv.) — Empoisonnement par la cocaïne, par BOCK. (*Deutsche med. Woch.*, p. 92.) — Sur un cas d'empoisonnement par le sulfate d'atropine, par SELLE. (*Bull. de thérap.*, 30 décembre 1885.) — Em-

Digitized by Google

poisonnement par la belladone, hyperpyrexie, mort, par Ch. Tanner. (*Brit. med. Journ.*, p. 589, mars.) — Amblyopie toxique par l'usage prolongé de la créosote et de l'iodoforme, guérison, par Hutchinson. (*N. York med. Journ.*, 2 janv.) — Empoisonnement par les champignons, par Habère. (*Journ. de méd. de Bordeaux*. 14 mars.) — Accidents toxiques occasionnés par la morue avariée, par E. Mauriac. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 avril.) — Sept cas d'empoisonnement par la conserve de tomates, par Doggett. (*Journ. de pharm.*, 1er fév.) — Recherches expérimentales sur les lésions intestinales produites par les poisons dits drastiques, par L. Butte. (*Ann. d'hyg.*, avril.) — Trois cas d'empoisonnement par le gaz d'éclairage, par Morton. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXI, p. 73.) — Sur l'élimination de l'oxyde de carbone après un empoisonnement partiel, par Gréhant. (*Acad. des sciences*, 5 avril.) — Sur les troubles nerveux et les modifications dans la structure des centres nerveux à la suite d'intoxication par l'oxyde de carbone, par Khardine. (*Thèse St-Pétersb.*, 1885.) — Empoisonnement par l'acide phénique, guérison (lavage stomacal), par W. Bodkin. (*Brit. med. Journ.*, p. 110, janv.) — Un cas d'empoisonnement aigu par l'acide oxalique, par Montagnon. (*Lyon méd.*, 10 janv.) — Deux cas d'empoisonnement par le bichromate de potasse, par Waugh. (*Lancet*, 19 décembre 1885.) — De l'empoisonnement par le chlorate de potasse, par Pozzan. (*Rivista sper. di fren.*, fasc. 1, 1885.) — Essence de térébentine dans le traitement de l'empoisonnement par le phosphore, par Rondot. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 21 fév.) — L'influence de l'intoxication chronique par le phosphore sur le foie des animaux, par Kholmogosoff. (*Med. Obozrénie*, XXIV, n° 14.) — Empoisonnement par le sublimé pendant les suites de couches, par Netzel. (*Nord med. Arkiv*, XVII, n° 11.) — Sur un cas d'hydrargyrisme aigu, par Miquel. (*Semaine méd.*, 6 janv.) — D'une éruption ortiée liée à l'intoxication arsénicale chronique, par Th. Escherich. (*Mittheilungen aus der medicinischen klinik in Würzburg*, t. II.)

Enfant. — Guide du médecin inspecteur de la première enfance, par Limouzin-Lamothe. (In-18°, *Paris.*) — Des soins à donner à l'enfant à l'état de santé et de maladie, par Fuerst. (In-8°, *Leipzig.*) — Des soins à donner aux enfants malades, par Gjurkovecki. (In-8°, *Agram.*) — Des soins à donner aux enfants bien portants et malades, par Baginsky. (In-8°, *Stuttgart.*) — Du sevrage, par Comby. (*Progrès méd.*, 2 janv.) — Crânes d'enfants à trabécules (craniotabes), par Goodhart. (*Brit. med. J.*, p. 545, mars.) — De l'existence de la pneumonie lobaire chez les enfants du premier âge, par Cahron de la Carrière. (*Thèse de Paris*, 30 janv.) — De la pneumonie des enfants, par J. Simon. (*Gaz. des hôp.*, 30 mars.) — Traitement de la bronchite aiguë chez l'enfant, par Lewis Smith. (*Med. News*, 13 mars.) — Tuberculose infantile, par Queyrat. (*Thèse de Paris*, 17 avril.) — Des maladies du cœur chez les enfants (leçons cliniques), par Cheadle. (*Lancet*, 17 octobre 1885.) — Essai sur l'insuffisance aortique chez les enfants, par Lefebvre. (*Thèse de Paris*, 17 avril.) — Des conséquences du rétrécissement urétral quand il survient dans l'enfance, par Samuel Wilks. (*Lancet*, 2 janvier.) — Paralysie spinale de l'enfance, conservation de la sensibilité, valeur de ce symptôme négatif, par Grancher. (*Gaz. des hôp.*, 30 janv.) — Du vertige épileptique et du tic de Salaam chez les enfants, par Descroizilles. (*Semaine méd.*, 27 janv.) — Gliome du bulbe et de la protubérance chez un enfant de 9 ans, par Goodhart. Idem, par Fr. Taylor. (*Brit. med. J.*, p. 249, fév.) — De la dilatation de l'estomac chez l'enfant, par Blache. (*Trib. méd.*, 7 fév.) — De la dilatation de l'estomac chez les enfants, par Comby. (*Progrès médical*, 30 janvier.) — Des lavements au nitrate d'argent dans la dysenterie infantile, par Sorbets. (*Gaz. des hôp.*, 11 mai.) — Étude de l'ictère des nouveau-nés, par Halberstam. (In-8°,

Digitized by Google

Dorpat.) — De l'eczéma dans les fièvres éruptives chez les enfants, par SORENO. (*Thèse de Paris*, 20 fév.) — Traitement de l'érysipèle chez les enfants par les badigeonnages de blanc de zinc, par BLACKADER. (*Montreal med. chir. soc.*, 5 janv.)—La fièvre typhoïde chez les enfants, par GEORGES DE MONTMOLLIN. (*Thèse, Bâle*, 1885.) — La fièvre typhoïde chez les enfants, par SIMON. (*Gaz. des hôp.*, 21 janv.) — Développement anormal du système pileux (hypertrichose) chez un enfant de 5 ans, par G. RATTONE. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, juillet 1885.) — Le sclérème des nouveau-nés, par HENRI CALAME. (*Thèse, Berne*, 1885.) — Les maladies chirurgicales des enfants, par OWEN. (In-12, *Londres.*) — Miction douloureuse chez l'enfant, incontinence nocturne d'urine; causes et traitement, leçon, par KEATING. (*Med. News*, 16 janv.) — Étude clinique sur la valeur de l'antipyrine, spécialement appliquée à la thérapeutique infantile, par LAURE. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, fév.) — L'emploi de l'antipyrine dans les affections thoraciques de l'enfance, par ELISABETH BIELBY. (*Thèse, Berne*, 1885.)

Épidémie. — Les maladies épidémiques atténuées et les constitutions médicales préépidémiques, par HÉRICOURT. (*Revue de médecine*, février.)

Épilepsie. — Note pour servir à l'étude des relations et de l'influence réciproque de l'épilepsie ou de l'hystérie avec le rhumatisme articulaire aigu, par SOUZA LEITE. (*Archives de Neurol.*, vol. XI, p. 216.)—Note sur un cas d'inversion du sens génital avec épilepsie, par LEGRAIN. (*Ibid.*, vol. XI, p. 42.) — Épileptiques criminels, par SEVIDALLI et AMATI. (*Arch. di psichiatria*, VII, 1.) — Des rapports de l'épilepsie avec la folie morale et la criminalité, par LOMBROSO. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, mars-avril 1885.) — L'épilepsie comme cause de mort, par W. LESZYNSKI. (*New York med. Journ.*, 1885, p. 321-357.) — Un cas d'épilepsie avec troubles psychiques, par RADER. (*Wien. med. Presse*, p. 233.) — De l'épilepsie avec névrite optique guérie par l'énucléation d'un œil blessé, par GALEZOWSKI. (*Rev. d'ophtalm.*, VIII, n° 1, p. 1.)

Érysipèle. — De l'inoculation de l'érysipèle comme moyen curatif, par VERNEUIL. (*Union médicale*, 9 février.) — De l'érysipèle cataménial, par TOURNEUX. (*Thèse de Paris*, 1er avril.) — Traitement de l'érysipèle, par GRINEWEZKI. (*Russkaïa med.*, n° 1.)—Onctions de sulfate de fer dans l'érysipèle, par GRIMVITZKY. (*Russkaïa med.*, n° 1.)

Éruptions. — Dermites produites par la teinture d'arnica, par DE MOLÈNES. (*Ann. de dermat.*, fév.)

Estomac. — Recherches sur la structure de l'estomac des oiseaux, par CAZIN. (*Acad. des sc.*, 3 mai) — Dilatation de l'estomac et fièvre typhoïde, par LEGENDRE. (*Thèse de Paris*, 20 mars.) — Syphilis gastrique et ulcère simple de l'estomac, par GALLIARD. (*Arch. gén. de méd.*, janv.) — Ulcère rond de l'estomac; tuberculose pulmonaire consécutive, par RICHARDIÈRE. (*Soc. anat.*, 29 janv.) — Contribution à l'étude de la dyspepsie des liquides, par L. PICCHINI. (*Medicina contemporanea*, décembre 1885.) — Dyspepsie nerveuse guérie par le massage et le repos au lit, par STAMM. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 27 mars, p. 345.) - Des pseudo-cancers de l'estomac, par TEISSIER. (*Lyon méd.*, p. 525, 18 avril.) — De la hernie de l'estomac, par THOMAN. (*Wiener med. Jahrb. Heft*, I, p. 39.) — Cas d'accumulation de cheveux, etc. dans l'estomac, avec remarques, par COBBOLD. (*Journal of mental sc.*, p. 52, avril.) — Lavage de l'estomac; inconvénients et dangers qu'il peut présenter. (*Gaz. des hôp.*, 13 fév.) — A propos du lavage de l'estomac, par MOLLIÈRE. (*Lyon méd.*, 14 mars.) — Résection du pylore pour un cancer, mort 3e jour, par SANDS. (*N. York surg. soc.*, 23 fév.)

Digitized by Google

F

Falsifications. — Sur la présence du rouge de roccelline dans un safran, par CAZENEUVE et LINOSSIER. (*Lyon méd.*. 21 mars.)

Fièvre. — Pyrexies abortives, par LETULLE. (*Thèse d'agrég. Paris.*) — Influence de la fièvre sur la pression artérielle, par HÉLÈNE KUHE-WIEGANDT. (*Thèse, Berne*, 1885.) — De l'auto-inoculation considérée comme accident deutéropathique dans les maladies fébriles, par BOUCHARD. (*Tribune médicale*, 25 avril.) — Des causes locales de fièvre dans les maladies infectieuses générales, par C. GERHARDT. (*Mittheilungen aus der medicinischen klinik in Würzburg*, tome II.) — De l'antipyrèse, par MARAGLIANO. (*Gaz. méd. Ital. Lomb.*, fév.) — De l'étiologie de la fièvre miliaire, par LOCH. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er mars.)

Fièvre intermittente. — Infection malarienne, par GOLGI. (*Arch. per le sc. med.*, X, 1.) — Études récentes sur l'infection malarienne. (*La Riforma med.*, 23 fév.) — La conversion des étangs d'Ostia et de Maccarese en polders, par TOMMASI CRUDELI. (*Arch. ital. de biologie*, 31 janv.) — Obserservation de fièvre intermittente hépatique, par A. MARTIN. (*Union médicale*, 24 fév.) — Fièvre intermittente paludéenne datant d'un an et rebelle à la quinine; guérison par les injections hypodermiques d'acide phénique, par NARICH. (*Progrès médical*, 30 janv.) — Un cas de fièvre malaria hémorragique; examen du sang et de l'urine; guérison par l'arsenic, par RIGGS. (*Med. News*, 27 fév.) — Amblyopie d'origine paludique, par BRUDENELL CARTER. (*Lancet*, 30 janv.) — Recherches sur la malaria et son traitement, par SOLOTAREW. (*Med. prib. Morsk.*, janv.)

Fistule. — Des fistules congénitales du cou, fistules branchiales; étude anatomopathologique, par GUZMAN. (*Thèse de Paris*, 6 mai.) — Fistules ombilicales pariétales, par TRÉLAT. (*Gaz. des hôp.*, 28 nov.) — Fistules vésicorectales, par BOURSIER. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 2 mai.)

Foie. — Note sur l'ictère paludique et l'hémoglobinurie, par EYLES. (*Lancet*, 30 janv.) — Paramètrite et abcès du foie, par ROUGHTON. (*St Barthol. hosp. Rep.* XXI, p. 173.) — Cirrhoses hépatiques alcooliques, étiologie, par LANCEREAUX. (*Gaz. des hôp.*, 16 janv.) — Hépatite scléreuse hypertrophique, ictère chronique, mort, par SIREDEY et HISCHMAN. ((*Soc. anat.*, 5 fév.) — Du cancer primitif du foie, par GILBERT. (*Thèse de Paris*, 16 avril.)

Fracture. — Des élévations de température pendant la guérison des fractures sous-cutanées, par PAUL DEMISCH. (*Thèse, Zurich*, 1885.) — Des fractures spontanées, par SIMON. (*Thèse d'agrég. Paris.*) — Fracture de l'os frontal, par ALEXANDROWSKI. (*Russkaïa med.*, n° 6.) — Fracture non consolidée de la clavicule, suivie des symptômes de la crampe des écrivains; résection et suture métallique des fragments; guérison complète, par BARKER. (*Lancet*, 30 janv.) — Des suites éloignées de certaines fractures de l'extrémité inférieure du radius, par PONCET. (*Lyon méd.*, p. 49, 10 janv.) — Étiologie des fractures indirectes du corps du radius, par FALKSON. (*Cent. f. Chir.*, n° 52, 1885.) — Le traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius, par HALL. (*Med. News*, 10 avril.) — Traitement des fractures du bras avec chevauchement des fragments, par CHARON. (*Thèse de Paris*, 14 avril.) — Des fractures anciennes de la rotule, anatomie et physiologie pathologiques,

Digitized by Google

pronostic et traitement, par CHAPUT. (*Arch. gén. de méd.*, janv.) — Fracture comminutive de la rotule, nécrose d'un fragment, guérison avec persistance de la mobilité articulaire, par TURNER. (*Brit. med. Journ.*, p. 591, mars.) — Sur le traitement et les résultats définitifs des fractures transversales de la rotule, par C. BRUNNER. (*Thèse Zurich*, 1885.) — Fracture de la rotule, suture au catgut, bon résultat, par STIMSON. (*N. York surg. soc.*, 26 janv.) — Fracture ancienne de la rotule, type en 4, par POIRIER et CHAPUT. (*Soc. anat.*, 5 fév.) — Du traitement des fractures de la rotule, par USIGLIO. (*Riv. venet. di sc. med.*, janv.) — Nouvelle opération pour la fracture de la rotule; suture métallique sous-cutanée, par CECI. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXIII, 3 et 4.) — Fractures compliquées du tibia et de l'humérus traitées par la suture des fragments, par CONWAY. (*N. York med. Journ.*, 10 janv.) — Des fractures bimalléolaires par abduction, par TILLAUX. (*Gaz. des hôp.*, 28 janv.)

G

Gangrène. — Sur un cas de maladie de Raynaud, par MUSSER. (*College of phys. of Philadelphia*, 7 avril.)

Gastrostomie. — Gastrostomie dans un cas de sténose pylorique par un cancer colloïde, par BURANI. (*La Rassegna, Modène*, mars.) — Accumulation de cheveux et de poils dans l'estomac, formant tumeur (égagropile); gastrostomie; guérison, par THORNTON. (*Lancet*, 9 janv.)

Génitaux (Org.) — Du paraphimosis, par NICAISE. (*Semaine méd.*, 10 fév.) — Cinq cas d'amputation du pénis pour épithéliome, par WILL. MAC CORMAC. (*Brit. med. Journ.*, p. 343, fév.) — De la cowpérite et de la péricowpérite aiguës, par GRASSIN. (*Thèse de Paris*, 29 janv.) — De l'inflammation chronique et des fistules de la glande vulvo-vaginale, par HENNOCQUE. (*Thèse de Paris*, 7 janv.) — Deux cas d'affection maligne des organes génitaux, épithéliome des grandes lèvres et du clitoris, par SIMMONS. (*Edinb. med. Journ.*, déc. 1885, p. 554.) — Du prurit vulvaire, par MARTINEAU. (*Trib. méd.*, 3 janv.)

Genou. — Des divers modes de traitement du genu valgum, par FLORENTIN. (*Thèse de Paris*, 6 mai.)

Glaucome. — Du sulfate d'éserine dans le glaucome, par COGGIN. (*Americ. Journ. of Ophthalm.*, II, n° 11, p. 250.) — Opération de glaucome, pratique de C. Agnew, par WEBSTER. (*Ibid.*, II, n° 11, p. 239.) — Un cas dans lequel l'énucléation d'un œil pour glaucome absolu fut suivi après 36 heures d'une attaque de glaucome aigu dans l'autre œil, par WEBSTER. (*Transact. of the Amer. Ophthalm. soc.*, XXI, p. 157.)

Goût. — Recherches sur la physiologie du goût, par ADUCCO et MOSSO. (*Giorn. della R. Acad. di med. di Torino*, fév.)

Goutte. — Les symptômes nerveux de la lithémie, par CARTER GRAY. (*N. York med. Journ.*, 16 janv.) — De la goutte parotidienne, par DEBOUT D'ESTRÉES. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 24 janv.) — Goutte chronique, rupture du cœur; mort, par DAVEZAC. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 31 janv.)

Digitized by Google

Graisse. — L'origine de la graisse chez les animaux, par SANSON, (*Rev. scientif.*, 24 avril.)

Greffe. — Greffe avec l'éponge, par LESI. (*Raccoglit. med.* n° 1.)

Grippe. — De la grippe et de ses manifestations pulmonaires, par MICHEL. (*Thèse de Paris*, 15 avril.)

Grossesse. — De la distension de la paroi abdominale durant la grossesse. par MARIE SCHLEE. (*Thèse, Berne*, 1885.) — L'hygiène de la grossesse, par BUSEY. (*Americ. Journ. of obstet.*, janv.) — Des modifications du col de l'utérus pendant la grossesse, par PINARD. (*Semaine médicale*, 14 avril.) — Grossesse prolongée avec autopsie du fœtus, par ROSSIÉ. (*Americ. Journ. of obstet.*, janv.) — Tumeur pelvienne compliquant la grossesse, par P. HORROCKS. (*Brit. med. Journ.*, p. 441, mars.) — Neuf grossesses chez une femme atteinte de fistule vésico-vaginale, par TORGGLER. (*Wiener med. Presse*, p. 201.) — Grossesse extra-utérine tubaire, rupture de la trompe, hématocèle rétro-utérine consécutive, par BONAFINI. (*Riv. venet. di sc. med.*, fév.) — Grossesse extra-utérine, délivrance d'un enfant vivant par le vagin, guérison, par MATHIESON. (*Obs. transact.*, XXVI, p. 132.) — Symptômes d'occlusion intestinale causés par la rupture d'une grossesse extra-utérine. Laparotomie, mort, par OBALINSKI. (*Wien. med. Presse*, p. 173.) — Rupture de l'utérus gravide chez une femme atteinte de rétrécissement du bassin ; passage de l'œuf à terme et intact, dans la cavité abdominale; mort, par FRANK ROSS. (*New York med. Journ.*, 1885, p. 301.) — Un cas de grossesse tubaire, par HAY. (*Lancet*, 16 janvier.) — Un cas de grossesse extra-utérine; issue du fœtus par la paroi vaginale postérieure, guérison, par LUSK. (*Americ. Journ. of obst.*, mars.) — Cas obscur de grossesse abdominale, par GRANDIN. (*Americ. Journ. of obst.*, mars.)

Gynécologie. — Des progrès récents en gynécologie, par MATTHEWS DUNCAN. (*Americ. Journ. of the med. science*, p. 89.)

H

Helminthes. — Histoire naturelle et rôle pathologique des anguillules de l'intestin, par GOLGI et MONTI. (*Arch. per le sc. med.*, X, 1.) — De l'ankylostome duodénal et de l'ankylostomiase, par LUTZ. (In-8°, *Leipzig.*) — Relation de quelques cas d'ankylostomiase, par SNYERS. (*Progrès médical*, 6 février.) — La filaire du sang aux États-Unis; la chylurie, par GUITERAS. (*Med. News*, 10 avril.) — Cinq filaires de Médine sur un même sujet; abcès; hématurie, par LAFAGE. (*Gaz. de méd. de Paris*, 10 avril.) — De la trichinose et de son traitement, par DYES. (In-8°, *Neuwied.*)

Hématome. — Deux cas d'hématome pelvien extrapéritonéal guéris par l'incision vaginale et le drainage, par MUNDÉ. (*New Yorker med. Presse*, déc. 1885.)

Hémorragie. — Traitement des hémoptysies profuses (par l'opium, l'ergot de seigle et la saignée), par SAMUEL WEST. (*Brit. med. J.*, p. 103, janv.) — Hémorragies, hémostase, transfusion, infusion et pénétration d'air dans les vaisseaux, par W. HEINEKE. (*Stuttgart.*) — Des hémorragies avant, pen-

Digitized by Google

dant et après l'accouchement, par Eichholz. (*Deut. med. Zeit.*, n° 84, 1885.) — Note sur une simplification de la bande d'Esmarch, par Le Bec. (*Gaz. des hôp.*, 15 mai.) — Hémostase par le tampon à l'iodoforme, par Roser. (*Berliner klin. Woch.*, 2 fév. 1885.)

Hémorroïdes. — Trois tumeurs hémorroïdaires, excision au thermocautère après application de l'entérotome de Dupuytren, guérison, par d'Ambrosio. (*La Riforma med.*, 15 avril.)

Hernie. — Hydrocèle du sac herniaire, par Mac Ardle et Kolipinski. (*Med. News*, 9 janv.) — Hernie congénitale réduite en masse, par J. Bell. (*Edinb. med. Journ.*, janv., p. 653.) — Kélotomie répétée deux fois avec succès chez un octogénaire, par Chavasse. (*Lancet*, 24 octobre 1885.) — Hernie inguinale étranglée, taxis prolongé, expulsion au 14e jour d'une anse intestinale de 34 centimètres, guérison, par Marnet. (*Gaz. des hôp.*, 10 avril.) — Herniotomie avec résection et suture de l'intestin, par Durante. (*La Riforma med.*, 6 fév.) — Hernie inguinale droite étrangère, kélotomie, résection de l'épiploon, hémorragie dans l'abdomen d'origine épiploïque, mort, par Demoulin. (*Soc. anat.*, 15 janv.) — Hernie interstitielle étranglée chez l'adulte ; difficulté de diagnostic entre la hernie inguinale interstitielle et la hernie crurale ; kélotomie ; guérison, par Phocas. (*Progrès médical*, 9 janvier.) — Traitement de la hernie gangrenée et de l'anus artificiel, par Koch. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXIII, 3 et 4.) — Hernie crurale étranglée, résection de l'intestin, guérison, par Clark Stewart. (*Amer. Journ. of the med. sc.*, 1886, p. 152.) — Hernie crurale renfermant l'estomac, par Otto Keller. (*Thèse, Berne*, 1885.)—Modèle de ceinture abdominale avec pelote et ressorts pour contenir certaines hernies ombilicales, par Berger. (*Bull. Soc. de chir.*, XII, p. 219.) — La cure radicale des hernies par la méthode de Wood, par Bonvecchiato. (*Raccoglitore med.*, n° 7.) — Nouvelles recherches sur la cure radicale des hernies abdominales, par Nussbaum. (In-8°, *Munich.*) — Cure radicale d'une grosse hernie épiploïque inguinale incoercible congénitale, par L. Championnière. (*Bull. Soc. de chir.*, XI, p. 767.) — Deux opérations de cure radicale de hernie ombilicale, par A. Barker. (*Brit. med. Journ.*, p. 1001, déc. 1885.) — Sur les dangers comparés du traitement des hernies par les bandages et de la cure radicale, par C.-B. Keetley. (*Brit. med. J.*, p. 1054, déc. 1885.)

Histologie. — Atlas de microscopie clinique, par Primavera. (In-4°, *Naples.*) — Nouveau procédé de conservation des coupes microscopiques, par Giacomini. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, octobre 1885.) — Sur quelques phénomènes de la division du noyau cellulaire, par Guignard. (*Acad. des sc.*, 3 mai.)

Hôpital. — Le grand hôpital municipal de Berlin, par Chantemesse et Clado. (*Progrès méd.*, 6 mars.)—Statistique de l'hôpital Marie-Thérèse, à Vienne, par Rokitansky. (*Wien. med. Presse*, p. 141.) — Note sur le prix de revient des constructions hospitalières, par Foville. (*Ann. d'hyg.*, mai.)

Hydatides. — Kyste hydatique du foie, ponction aspiratrice, établissement d'une fistule, guérison en deux mois, par Lemaire. (*Gaz. des hôp.*, 2 janv.) — Kyste hydatique du foie ; guérison, par Gérin Roze. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 25 février.) — Abcès, kyste hydatique du foie ; ponction, par Ed. Hornibrooke. (*Journ. of amer. med. Ass.*, 30 janv., p. 120.)

Hygiène. — Traité d'hygiène industrielle à l'usage des médecins et des membres des conseils d'hygiène, par Poincaré. (In-8°, *Paris.*) — La réglementation sanitaire des habitations à New-York, par Martin et Masson.

Digitized by Google

(*Rev. d'hyg.*, n° 4, 20 avril.) — Les projets d'assainissement du Havre, par MARTIN. (*Rev. d'hyg.*, 20 janv.) — L'hygiène à Munich, par RICHARD. (*Rev. d'hyg.*, 20 janv.) — Prophylaxie des maladies pestilentielles exotiques. (*Soc. roy. de méd. de Belgique*, in-8°, 336 p., *Bruxelles.*) — Les crèches au point de vue de l'hygiène, par BLACHE. (*Union médic.*, 26 janvier.) — Effets nuisibles de certaines matières colorantes dérivées de la houille, par BLAREZ. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 11 avril.) — De la lumière; de son rôle hygiénique et de son utilisation dans les villes, par CLÉMENT. (*Lyon méd.*, 21 mars.) — Écran graduateur de la lumière, par ARMAIGNAC. (*Rev. clinique d'oculistique*, n° 1, p. 5.) — Les lavoirs publics à Paris, par GIRARDIN. (*Rev. d'hyg.*, 20 janv.) — La prostitution en Angleterre, par LUTAUD. (*Ann. d'hyg.*, mai.)

Hypnotisme. — Le sommeil non naturel, ses diverses formes, par BARTH. (*Thèse d'agrég.*, *Paris.*) — Les phases intermédiaires de l'hypnotisme, par P. JANET. (*Rev. scientif.*, 8 mai.) — Le somnambulisme provoqué, études physiologiques et psychologiques, par BEAUNIS. (In-8°, 247 p., *Paris.*)

Hystérie. — De l'hystérie chez l'homme, par PAGE MAC INTOSH; 5 obs. (*Med. News*, 2 janv.) — Hystérie chez l'homme, par CHARCOT. (*Semaine méd.*, 31 mars.) — Remarques sur l'article de Scheiber : De l'hystérie chez l'homme, par WINTERNITZ. (*Wiener med. Blätter*, 26 nov.) — Hystérie chez l'homme, par FERÉOL. (*Société méd. des hôpitaux*, 18 décembre 1885.) — De l'hystérie de l'homme et de la paralysie par suggestion, par DEBOVE. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 11 février.) — Sur un cas de coxalgie hystérique de cause traumatique chez l'homme, par CHARCOT. (*Progrès médical*, 30 janvier.) — Coxalgie hystérique, par LANNELONGUE. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 7 fév.) — Du mutisme hystérique, par CARTAZ. (*Progrès médical*, 13 fév.) — Cinq cas de troubles nerveux fonctionnels, par WEST. (*Saint-Barthol. hosp. Rep.*, XXI, p. 59.) — Un cas de nymphomanie paradoxale, par LOMBROSO. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, août 1885.) — De l'hystérie, par PITRES. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 4 avril.)

I

Idiotie. — Leçon clinique sur l'idiotie, par SCHUTTLEWORTH. (*Brit. med. Journ.*, p. 183, janv.)

Infection. — Pathologie générale des maladies infectieuses, par S. STRICKER. (*Vienne.*) — Un cas d'infection par des sutures au catgut, par F. WUNDERLICH. (*New York med. Journ.*, p. 240.)

Inflammation. — Des effets de l'irritation traumatique sur les éléments glandulaires du pancréas, par DI MATTEI. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, juin 1885.) — De la scission des éléments cellulaires (karyokinèse) dans les foyers inflammatoires, par BIZZOZERO et CANALIS. (*Ibid.*, mars-avril 1885.)

Inhalation. — Nouvelle méthode d'inhalation et nouvel appareil *ad hoc*, par HILL HASSALL. (*Lancet*, 30 janvier.)

Injection. — A propos des injections vaginales, par PARKER. (*Journ. of americ.*

Digitized by Google

med. Assoc., 2 janv.)— Des injections hypodermiques des ferrugineux, par HIRSCHFELD. (*Thèse de Paris*, 19 mai.)

Intestin. — De l'excrétion d'ammoniaque par l'intestin chez l'homme sain et chez le malade, par WILH. BRAUNECK. (*Mittheilungen aus der medicinischen Klinik in Würzburg*, II.) — Hallucinations et illusions produites sous l'influence d'engouement intestinal, par A. BRIDGER. (*Brit. med. J.*, p. 688, avril.) — Traitement de la constipation habituelle, par DUBOIS. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 1, p. 17, 1er janvier.) — Large abcès fémoral fusé dans le creux poplité; oblitération spontanée de la perforation intestinale, par CHADBOURNE. (*New York med. Journ.*, 30 janv.)— Ulcère du cæcum avec perforation, abcès fécaloïde, communiquant par la gaine fémorale jusque dans la cuisse, guérison, par MAC KEOUGH. (*Med. News.*, 15 fév.)— Typhlite et périty phlite, par HARDY. (*Semaine méd.*, 3 fév.) — Suture en étages dans les fistules intestinales, par RYNDOWSKI. (*Med. Obosren.*, n° 2.) — Cancer du pylore et du duodénum, jéjunostomie, mort, par LEE et PEARCE GOULD. (*Lancet*, 12 décembre 1885.) — Un cas de jéjunostomie, par GOLDING BIRD. (*Lancet*, 5 décembre 1885.)

Iris. — De la fonction du corps ciliaire, par WALKER. (*Lancet*, 28 nov. 1885.) — État particulier des pupilles chez un petit garçon (orifices pupillaires multiples), par CH. HIGGENS. (*Lancet*, 19 septembre 1885.) — Albinisme partiel de l'iris, par DOR. (*Revue générale d'ophtalmologie*, n° 11, p. 481.) — De l'iridectomie dans les iritis à rechute, par SAINT-MARTIN. (*Thèse de Paris*, 29 mai.) — Sur l'action combinée de la cocaïne et de l'atropine dans l'iritis, par W. JESSOP. (*Lancet*, 10 octobre 1885.) — Du salicylate de soude dans l'iritis, par THEOBALD. (*Maryland med. Journ.*, 16 mai.) — Tuberculose de l'iris, par BURNETT. (*Journ. of americ. med. Assoc.*, p. 24, 2 janv.) — Un cas de tuberculose de l'iris, par STANDISH. (*Transact. of the Amer. Ophtalm. Soc.*, XXI, p. 59.)

K

Kyste. — La formation de kystes synoviaux anormaux en connection avec les articulations par BAKER. (*St Barthol. hosp. Rep.*, XXI, p. 177.) — Kyste synovial articulaire poplité, par POIRIER. (*Soc. anat.*, 5 fév.) — Kyste poplité d'origine articulaire. Kyste synovial articulaire du poignet, par POIRIER. (*Soc. anat.*, 15 janv.)

L

Lacrymal (App.). — Absence congénitale des 4 points lacrymaux, par V. REUSS. (*Wien. med. Presse*, p. 205.) — Extirpation de la glande lacrymale dans les cas de larmoiement incoercibles, par DARIER. (*Gaz. méd. de Paris*, 20 fév.)

Lait. — La fermentation du lait, par BOURQUELOT. (*Rev. scientif.*, 6 fév.) — Etude sur le lait, par ADAM. (*Journ. de pharm.*, 1 fév.)

Langue. — Kyste à épithélium vibratile de la base de la langue, par CHASLIN.

Digitized by Google

Soc. anat., 29 janv.) — Tumeur de la langue, kyste primitif, par TILLAUX. (*Gaz. des hôp.*, 20 mai.) — Un cas d'hygroma de la langue, par J. ZEISLER. (*New York med. Journ.*, 1885, p. 253.) — Grenouillette bilatérale traitée et guérie par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de pilocarpine, par SOFFIANTINI. (*Annali universali di med. e di chir.*, juillet 1885.) — Extirpation totale de la langue par le procédé de Kocher, par WEIR. (*N. York surg. Soc.*, 12 janv.) — Méthode pour empêcher l'hémorragie pendant l'opération d'excision partielle ou totale de la langue, par JORDAN LLOYD. (*Lancet*, 23 janv.)

Laparotomie. — De la laparotomie exploratrice, par FOWLER. (*New York med. Journ.*, 2 janv.) — Laparotomies exécutées dans une année, par GOODELL (44 opér., 4 morts). (*Med. News*, 30 janv.) — Cinquante cas de section abdominale, avec remarques sur la laparotomie, par J. HUNTER. (*New York med. Journ.*, 1885, p. 373.) — De la laparotomie dans les perforations de l'estomac et de l'intestin, par MIKULICZ. (In-8°, *Leipsig.*) — Hernie ventrale consécutive à la laparotomie, opération, guérison, par SIMS. (*Obst. soc. of New York*, 5 janv.) — Laparotomie pour une tumeur du grand épiploon, extirpation, guérison, par d'ANTONA. (*La Riforma med.*, 22 mars.) — Sur quatre observations de laparotomie, par JEANNEL : 1° kyste de l'ovaire du côté droit, ovariotomie, accidents graves, guérison ; 2° myome utérin inclus dans le ligament large, hystérectomie, guérison ; 3° énorme carcinome de l'intestin grêle pris pour une tumeur ovarienne ; extirpation par la laparotomie, établissement d'un anus contre nature, mort de péritonite le 13e jour ; 4° carcinome du mésentère pris pour un fibro-myome utérin ; ascite chyleuse, laparotomie exploratrice, mort en 24 heures. Rapport par P. BERGER. (*Bull. soc. de chir.*, XII, n° 1, p. 2 à 9.) — Laparotomie pour une hydropisie péritonéale enkystée simulant un kyste de l'ovaire, par WILSON. (*Baltimore Acad. of med.*, 2 mars.) — Deux cas d'hémorragie intra-pelvienne à la suite de laparotomie, par JOHN TAYLOR. (*Lancet*, 26 décembre 1885.) — Laparotomie pour un abcès pelvien, guérison, par JACKSON. (*Chicago gyn. soc.*, 19 fév.) — Ablation de deux fibromes sessiles par la laparotomie, par KELL. (*Americ. Journ. of obstet.*, janv.)

Larynx. — Étude expérimentale sur la phonation, par LERMOYEZ. (*Thèse de Paris*, 19 fév.) — Emploi de la photographie pour étudier les vibrations des cordes vocales, par BELLARMINOFF. (*Arch. f. ges. Phys.*, XXXVII, 7 et 8.) Dispensaire de laryngologie de l'hôpital Gesu e Maria, dirigé par Massei ; compte rendu des années scolaires 1883-1885, par CARDONE. (*Broch.*, *Naples.*) — Revue critique de rhinologie et de laryngologie, par MASSEI. (*Boll. d. malat. dell' Orecchio*, IV, n° 2.) — Introduction à l'emploi du laryngoscope, par GARROD. (In-8°, *Londres.*) — Des toux paroxystiques et de leur traitement, par V.-D. HARRIS. (*The Practitioner*, février.) — Des laryngites, par GRANCHER. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, déc. 1885.) — Notes cliniques de laryngologie : 1° épithélioma primitif du larynx ; 2° spasme glottique par adénopathie cervicale ; 3° syphilis tertiaire et tuberculose du larynx ; 4° néoplasme de l'amygdale ; 5° œdème chronique du larynx par traumatisme ; 6° épistaxis par viscosités sur la cloison nasale ; 7° végétations adénoïdes du pharynx, par CARDONE. (*Arch. ital. di Laring.*, V, fasc. 3 et 4.) — Difficulté diagnostique de certaines affections laryngées (à propos d'un cas de syphilis), par TRIFILETTI. (*Arch. ital di laringol.*, V, fasc. 3 et 4.) — Des manifestations laryngées aiguës du rhumatisme, par ARCHAMBAULT. (*Thèse de Paris*, 20 mai.) — Traitement local de la tuberculose laryngée, par MASSEI. (*La Riforma med.*, 30 janv.) — Quelques réflexions à propos de l'affection dite paralysie des dilatateurs de la glotte, d'après un cas, par GOUGUENHEIM. (*Ann. des mal. de l'oreille*, janv.) — Du spasme laryngé

Digitized by Google

chez l'adulte (deux obs., une d'origine goutteuse), par SHATTUCK. (*Boston med. and surg. Journ.*, 7 janv.) — De quelques nouveaux médicaments employés en laryngologie (coca, eau oxygénée, oléate d'aconitine et de morphine, résorcine, iodure d'éthyle), par S. SOLIS COHEN. (*New York med. Journ.*, p. 262.) — Leçon sur le diagnostic différentiel des tumeurs du larynx par DAVID NEWMAN. (*Brit. med. Journ.*, p. 579, mars.) — Kyste crico-thyroïdien, par BLOCQ. (*Gaz. méd. de Paris*, 20 mars.) — Des rétrécissements laryngés par néoplasmes et de leur traitement, par CECCHERELLI. (*La Riforma med.*, 25 fév.) — Deux cas d'extirpation du larynx, par PÉAN. (*Gaz. méd. de Paris*, 17 avril.) — De l'extirpation du larynx, revue critique, par BARATOUX. (*Progrès médical*, n° 13.)

Lèpre. — Guérison d'un cas de lèpre, par UNNA. (*Ann. de dermat.*, janv.) — Sur un cas de lèpre tubéreuse, par PAULSEN. (*Monat. f. prakt. Dermatol.*, n° 2.) — De la lèpre oculaire, par RAMPOLDI. (*Annali di Ottalmol.*, XIV, p. 483.)

Leucémie. — Leucodermie héréditaire, par SEPPILLI. (*Arch. di psichiatria*, VII, 1.) — De la néoformation et de la disparition des leucocytes ; étude sur la leucémie par LÖWIT. (In-8°, *Vienne*.)

Locomotion. — La vitesse moyenne de l'homme, par KLEIBER. (*Rev. scientif.*, 13 mars.)

Lupus. — Lupus érythémateux, par REYNOLDS. (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 30 janv.) — Lupus des organes génitaux chez la femme, par DUNCAN. (*Obs. transact.*, XXVII, p. 139.) — Note sur le traitement du lupus érythémateux par les mélanges de vinaigre et de jaune d'œuf, par BROCQ. (*Journ. de méd.*, 17 janv.)

Luxation. — Études des luxations traumatiques récentes, par STETTER. (In-8°, *Berlin*.) — Luxation de l'atlas avec fracture de l'apophyse odontoïde, par WALTER GIBSON. (*Lancet*, 5 septembre 1885.) — Luxation de l'extrémité externe de la clavicule, par PILCHER. (*New York surg. soc.*, 22 mars.) — Luxation des deux extrémités de la clavicule droite avec fracture double de la clavicule gauche, par NEWMAN. (*Lancet*, 19 septembre 1885). — Nouveau procédé, non douloureux, de réduction des luxations de l'épaule sans anesthésie préalable, par MACLEOD. (*Brit. med. Journ.*, p. 194, janv.) — Luxation partielle de la tête du radius chez les enfants, par SYDNEY LINDEMAN. (*Brit. med. Journ.*, p. 1058, déc. 1885.) — Luxation partielle de la tête du radius spéciale aux enfants, par HUTCHINSON. (*Ibid.*), par BRINDLEY JAMES. (*Ibid.* p. 9, 12 janv.) — Résection de la tête fémorale comme moyen de traitement de la luxation congénitale de la hanche, par LAMPUGNANI. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, juillet 1885.) — De la résection tibio-tarsienne dans les luxations du cou-de-pied en dedans, par CADROY. (In-8°, *Bordeaux*.)

Lymphatique. — Contribution à la connaissance des tumeurs ganglionnaires malignes, par HERRMANN. (*Thèse, Berne*, 1885.) — De l'extirpation des grosses tumeurs ganglionnaires de nature strumeuse et non ulcérées du cou, par CHRÉTIEN. (*Gaz. hebdomad.* 8 janv.) — De l'extirpation des ganglions hypertrophiés, par F. VICKERY. (*Journ. of the Americ. med. Assoc.*, p. 313.)

Digitized by Google

M

Main. — Décollement traumatique de l'épiphyse du premier métacarpien, par Clément Lucas. (*Lancet*, 31 octobre 1885.) — De la maladie de Dupuytren, par Amat. (*Gaz. méd. de Paris*, 16 janv.) — La maladie de Dupuytren, rétraction de l'aponévrose palmaire, par Guarracino. (*La Riforma med.*, 1er avril.)

Malformation. — Pseudo-hermaphrodisme mâle, par Descout. (*Soc. de méd. légale*, 10 mai.) — Un cas d'absence de l'utérus et d'occlusion du vagin, par Bousquet. (*Obst. transact.*, XXVII, p. 123.)

Mamelle. — Obs. de glande mammaire surnuméraire, par Natalucci. (*La Riforma med.*, 19 fév.) — Glandes mammaires surnuméraires; 3 cas, par Edwards. (*Med. News*, 6 mars.) — De l'hypertrophie de la mamelle chez les hommes atteints de tuberculose pulmonaire, par Leudet. (*Arch. gén. de méd.*, janv.) — Des névralgies du sein, par Terrillon. (*Progrès médical*, 6 mars.) — Abcès ossifluents du sein, résection du sternum, par Mollière. (*Gaz. des hôp.*, 25 mai.)— Recherches anatomiques sur les kystes simples de la mamelle, par Grias. (*Thèse de Paris*, 8 mai.) — Maladie kystique de la mamelle, par Besançon et Broca. (*Soc. anat.*, 15 janvier.) — Suppuration développée à l'intérieur d'un cancer du sein non ulcéré, par Kirmisson. (*Soc. anat.*, 5 fév.) — Diagnostic différentiel entre le sarcome et le carcinome du sein, par Tillaux. (*Semaine méd.*, 27 janv.) — De l'épithélioma du sein chez l'homme, par Courtade. (*Union médicale*, 31 décembre 1885.)—Carcinome du sein avec retentissement ganglionnaire dans l'aisselle, par Segond. (*Gaz. des hôp.*, 12 janv.)

Massage. — De l'influence du massage sur la métamorphose et l'assimilation des aliments azotés, par Hopadze. (*Vratch*, n° 43, 1885.) — Le massage utérin dans les exsudats péri-utérins, par Casati. (*Raccoglitore med.*, n° 5.)

Maxillaire. — Sarcome de la mâchoire inférieure, extirpation, guérison, par J. Coskery. (*Journ. of Amer. med. Ass.*, 27 février.)— Résection du maxillaire supérieur pour un cancer, par Stimson. (*N. York surg. Soc.*, 26 janv.) — Tumeur de l'antre d'Highmore; résection du maxillaire supérieur, guérison, par Jalland. (*Lancet*, 19 septembre 1885.) — Étude de l'épulis, par Philippas. (*Thèse de Paris*, 20 janv.) — Epulis avec transformation adamantine de l'épithélium gingival, par Albarran. (*Soc. anat.*, 8 janv.) — Chondrome du maxillaire inférieur, par Gallozzi. (*La Riforma med.*, 16 fév.) — Résection du maxillaire inférieur pour un épithéliome du plancher buccal adhérent à l'os; ligature préalable des 2 carotides externes, par Poncet. (*Lyon méd.*, p. 54, 10 janv.) — Épithélioma de l'antre d'Highmore du côté droit avec prolongements dans les arrière-fosses nasales et la bouche; résection des deux maxillaires supérieurs, par Caselli. (*La Riforma med.*, 25 janv.)

Médecine (Histoire). — La médecine moderne dans les races parlant l'anglais, par Acland. (*Americ. Journ. of med. sc.*, janv.) — La base scientifique de la médecine, par R. Munro. (*Glasg. med. Journ.*, p. 184 et 256.)

Médecine légale. — Du secret médical, par Brouardel. (*Ann. d'hyg.*, mai.) — Le secret médical, par Bertillon. (*Gaz. des hôp.*, 22 avril.) — La dé-

Digitized by Google

claration des cas de variole et le secret professionnel, par GARIN. (*Lyon méd.*, 21 mars.) — Précis de médecine légale, par VIBERT. (In-18, *Paris.*) — Contribution à l'étude médico-légale de l'imbécillité, par PELLACANI et PIANETTA. (*Annali universali*, août 1885.) — De la responsabilité atténuée (Revue de médecine légale), par A. GIRAUD. (*Annales méd. psych.*, p. 237, mars.) — Responsabilité des femmes dans le délit, par PUGLIA. (*Arch. di psichiatria*, VII, 1.) — La criminalité dans le département du Rhône, par COUETTE. (*Lyon méd.*, 21 fév.) — Types de criminels-nés, par STURA et GIONO. (*Arch. di psichiatria*, VII, 1.) — L'anthropologie criminelle en 1885, par E. FERRI. (*Rev. scientif.*, 9 janv.) — Sur la résistance de la colchicine à la putréfaction, par OGIER. (*Soc. de méd. lég.*, 8 mars.) — Morphinisme avec attaques hystéro-épileptiques causées par l'abstinence de la dose habituelle du poison, vol à l'étalage, rapport médico-légal, par GARNIER. (*Ann. d'hyg.*, avril.) — Un cas de vie discutable chez un nouveau-né, par HEINRICH ZIEGLER. (*Thèse*, *Zurich*, 1885.) — Des ecchymoses post mortem, par PINCHERLI. (*Rivista sper. di fren.*, fasc. 1, 1885.) — Des dangers de la délivrance de solutions phéniquées fortes et du phénol Bobœuf sans ordonnance de médecin, par SECHEYRON. (*Soc. de méd. légale*, 10 mai.)

Médecine militaire. — La médecine militaire en 1886. (*Rev. scientif.*, 6 fév.) — Manuel d'hygiène militaire suivi d'un précis des premiers secours à donner, par VIRY. (In-18, *Paris.*) — Projet de baraque d'ambulance mobile, par RAVENEZ. (*Arch. méd. milit.*, 1er février, p. 103.)

Mélanose. — Sarcome mélanique des doigts, par SEGOND. (*Gaz. des hôp.*, 25 mai.)

Méninge. — Notes sur 13 cas de méningite tuberculeuse, par MUSSER. (*Med. News*, 20 fév.) — Méningite tuberculeuse consécutive à un coup sur la tête, par MARTEN. (*Brit. med. Journ.*, p. 301, fév.) — Pachyméningite cervicale idiopathique aiguë suivie de guérison complète, par LUSSANA. (*La Riforma med.*, 22 déc. 1885.) — De la méningite cérébro-spinale épidémique, par FOA et BORDONI-UFFREDUZZI. Nouvelles recherches sur le méningo-coccus, par les mêmes. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, mars.)

Menstruation. — Menstruation précoce (3 ans), par MARSSET. (*Gaz. des hôp.*, 18 mars.) — De la menstruation précoce, par WALLENTIN. (*Inaug. Diss. Breslau.*) — De l'hémoptysie supplémentaire, par MARAGLIANO. (*La Riforma med.*, 22 fév.) — Menstruation supplémentaire simulant la phtisie, par THOMAS. (*Americ. Journ. of Obstet.*, fév.) — Mort subite par hémorragie intrapéritonéale pendant la menstruation, par EDM. PENNY. (*Brit. med. J.*, p. 539, mars.) — Traitement de l'aménorrhée par la santonine, par WHITEHEAD. (*Lancet*, 5 septembre 1885.) — De la santonine dans le traitement de l'aménorrhée, par ROUTH. (*Lancet*, 9 janvier.) — Le permanganate de potasse dans le traitement de l'aménorrhée, par FORDYCE BARKER. (*New York med. Journ.*, p. 238.)

Mercure. — De l'élimination par l'urine du mercure employé en frictions et en injections sous-cutanées, par MICHAILOWSKI et SOUCHOFF. (*Soc. de méd. de Moscou*, 7 janv.)

Moelle. — Note sur l'anatomie topographique de la moelle, par TOOTH. (*Saint-Barthol. hosp. Rep.*, XXI, p. 137.) — De la texture de la moelle épinière chez les microcéphales, par Mme STEINLECHNER-GRETSCHISCHNIKOFF. (*Thèse*, *Berne*, 1885.) — Sur les centres respiratoires de la moelle épinière, par WERTHEIMER. (*Acad. des sciences*, 1er mars.) — Des maladies de la moelle dans la grossesse, par RENZ. (In-8°, *Wiesbaden.*) — Hémorragie de la pro-

Digitized by Google

tubérance, par DESCHAMPS. (*Soc. anat.*, 8 janv.)—Paramyoclonus multiplex, par MARIE. (*Progrès médical*, 20 février.) — De l'hémianesthésie alterne comme symptôme de certaines lésions du bulbe rachidien, par VULPIAN. (*Acad. des sciences*, 11 janv.) — Hématomyélie chez un hémophile; paraplégie subite, mort; autopsie (incomplète), par SINCLAIR. (*Lancet*, 5 décembre 1885.) — Arthrite des vertèbres, leucomyélite circulaire et méningite cérébro-spinale consécutive, par BIANCHI. (*Rivista clin. di Bol.*, juillet 1885.) — Coup de stylet, symptômes d'hémisection de la moelle, par ANGER. (*Bull. Soc. de chir.*, XII, p. 99.) — Myélite consécutive à une cellulite pelvienne, par CARTER GRAY. (*Americ. Journ. of obstet.*, avril.)— Scléroses combinées de la moelle épinière, par DEJERINE. (*Semaine méd.*, 5 mai.) — Observation de dégénération bilatérale de la moelle 52 jours après une hémorragie de l'hémisphère gauche, par W.-B. HADDEN et SHERRINGTON. (*Brain*, p. 502, janv.) — Sclérose primitive des cordons latéraux de la moelle ou tabes spasmodique, par BOMPARD. (*Gaz. des hôp.*, 12 janv.) — Quelques cas de sclérose de la moelle, par GARROD. (*St Barthol. hosp. Rep.*, XXI, p. 93.) — Des dégénérations secondaires de la moelle épinière, par NATHAN LOEWENTHAL. (*Thèse*, *Genève*, 1885.) — Ataxie locomotrice, artériosclérose généralisée, néphrite interstitielle, arthrite hypertrophique des deux genoux, par PANNÉ. (*Soc. anat.*, 29 fév.) — Une guérison de tabes, par LEHMANN. (*Deutsche med. Woch.*, p. 57.) — De l'atrophie tabétique, par YOUNG. (*American Journ. of Ophtalm.*, II, n° 11, p. 254.) — Ataxie locomotrice compliquée d'anesthésie hystérique, par SUCKLING. (*Brit. med. J.*, p. 691, avril.) — D'un trouble trophique de la peau observé chez les tabétiques, état icthyosique, par CAPDEVILLE. (*Thèse de Paris*, 16 avril.) — Du pied-bot tabétique; contractilité électrique; atrophie des muscles de la jambe, par JOFFROY. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 18 déc. 1885.) — Les lésions cardiaques dans l'ataxie locomotrice, par LONGUET. (*Union médicale*, 20 février.) — Arthropathies vertébrales et coxo-fémorales d'origine ataxique : gangrène du gros orteil, par G. PETIT. (*Journ. de méd. de Bord.*, 10 janv.) — Notes sur le diagnostic des tumeurs spinales, par MILLS et LLOYD. (*Philad. neurol. Soc.*, 28 nov. 1885.)

Môle. — Un cas supposé de môle charnue, par GILLETTE. (*Obst. Soc. of New York*, 2 fév.)

Monstre. — Sur la production artificielle des monstres à cœur double chez les poulets, par WARINSKI. (*Rec. zoolog. suisse*, III, n° 2.) — Monstruosité consistant dans l'implantation de quatre membres inférieurs sur l'abdomen d'un garçon de 12 ans (dichotomie postérieure), par SHIRLEY DEAKIN. (*Brit. med. J.*, p. 1104, déc. 1885.)

Mort. — Importance de la statistique des causes de mort. (*La Riforma med.*, 16 mars.)

Mortalité. — De la mortalité parmi les médecins, par W. OGLE. (*Lancet*, 30 janvier.)

Morve. — Sur la transmission de la morve de la mère au fœtus, par CADÉAC et MALET. (*Acad. des sciences*, 11 janv.)—La question d'identité de nature de la morve et du farcin chez le cheval et chez l'homme, par CHÉNIER. (Broch., *Paris.*) — Traitement de la morve par les injections trachéales iodées, par TRINCHERA. (*Clinica veterinaria*, 1 et 2.)

Muscle. — De la scission indirecte des fibres musculaires lisses à la suite d'une irritation, par BUSACHI. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, mars-avril.) — Influence de l'intensité de l'excitation élastique sur la lon-

Digitized by Google

gueur du temps de réaction des muscles, par JAMES MAC KENN CATTELL. (*Brain*, p. 512, janv.)—Pathogénie des atrophies musculaires, par PARISOT. (*Thèse d'agrég., Paris.*)— Atrophie musculaire progressive, par DE RENZI. (*La Riforma med.*, 17 fév.) — Des myopathies progressives primitives, par LONGUET. (*Union médicale*, 30 janvier.) — Sur une forme héréditaire d'atrophie musculaire progressive débutant sur les membres inférieurs, par BROSSARD. (*Thèse de Paris*, 19 mars.)— Un cas de myosite ossifiante progressive, par LUDWIG REIDHAAR. (*Thèse, Bâle*, 1885).

Mycose. — Du mycosis fongoïde et de son parasite, par F. HAMMER. (*Mittheilungen aus der medicinischen Klinik in Würzburg*, t. II.)—Du mycosis de l'arrière-gorge obs. sans examen histologique, par GUINIER. (*Rev. mens. de laryngol.*, avril.) — Mycose kystique aspergillaire chez un poulet, par E. PERRONCITO. (*Arch. ital. de biol.*, janvier.)

Myopie. — Myopie rapidement progressive, arrêtée définitivement par la section du droit externe, par HARLAN. (*Transact. of the Amer. Ophtalm. Soc.*, XXI, p. 24.) — Du traitement de la myopie, par FÖRSTER. (*Breslauer aerztl. Zeit.*, n° 4.) — Trois cas de réfraction hypermétropique passant à la myopie pendant l'examen, par RISLEY. (*Transact of the Amer. Ophtalm. Soc.*, XXI, p. 102.)

N

Nerf. — Schéma du mode d'action des nerfs cérébraux, par JAC. HEIBERG. (Wiesbaden, 1885.) — Recherches sur les fonctions du nerf de Wrisberg, par VULPIAN. (*Acad. des sciences*, 28 déc.) — Recherches sur la provenance réelle des nerfs sécréteurs de la glande salivaire de Nuck et des glandules salivaires labiales du chien, par VULPIAN. (*Acad. des sciences*, 28 déc.) — La circulation dans les cellules ganglionnaires, par ADAMKIEWICZ. (*Acad. des sciences*, 4 janv.) — Quelques cas de plaies des nerfs, par GIOVANARDI. (*La rassegna di sc. med.*, fév.) — Des plaies de l'avant-bras, par KIRMISSON. (*Gaz. des hôp.*, 22 avril.) — Troubles trophiques de la main (panaris analgésique) consécutifs à une plaie de la paume de la main, par SECHEYRON (*France méd.*, 6 fév.) — De la suture des nerfs à distance, par ASSAKY. (*Thèse de Paris*, 16 mars.) — Suture du nerf médian, par FULLER. (*New York neurol. soc.*, 6 avril.)— Plaie du poignet, division des nerfs médian et cubital, paralysie complète du mouvement et de la sensibilité ; suture des nerfs 18 mois après l'accident; guérison, par REGINALD HARRISON. (*Brit. med. Journ.*, p. 443, mars.) — Da la névralgie du trijumeau et de son traitement par les pulvérisations du chlorure de méthyle, par PEYRONNET DE LA FONVILLE. (*Thèse de Paris*, 9 fév.)— Deux cas de ligature de la carotide primitive, pour névralgie faciale invétérée (dans un des deux cas guérison pendant 3 ans et 8 mois ; insuccès dans l'autre), par J. HUTCHISON. (*New-York med. Journ.*, p. 401, 1885.) — Élongation du nerf grand sciatique pour une névralgie datant de plus de quatre ans. Guérison, par SCARENZIO. (*Annali universali*, fév. 1885.) — Névrite multiple primitive, par DE RENZI (*La riforma med.*, 11 janv.) — De certaines formes de paralysies dues à des névrites périphériques, par BUZZARD. (*Lancet*, 28 nov. 1885.)

Nerveux (Système). — Manuel des maladies du système nerveux, par ROSS. (In-8°, Philadelphie.)— De l'hérédité dans les maladies du système nerveux, par DEJERINE. (*Thèse d'agrég., Paris.*) — Localisation dans les maladies

Digitized by Google

nerveuses, par GRENIER. (*Thèse d'agrég., Paris.*) — Leçons sur les phénomènes convulsifs dans les maladies nerveuses chroniques, par SEYMOUR SHARKEY. (*Brit. med. Journ.*, p. 530, mars.) — Les symptômes nerveux de la lithémie, par LAUDON CARTER GRAY. (*New York med. Journ.*, p. 57 et 91.) — Des rapports de la lithémie, de l'oxalurie, de la phosphaturie avec quelques troubles nerveux. (*La riforma med.*, 24 fév.)

Névrose. — Des migraines, par SARDA. (*Thèse d'agrég., Paris.*) — Traitement de la migraine par l'électricité, par BJELOW. (*Russkaia med.*, n° 7.) — Des vertiges, par WEILL. (*Thèse d'agrég., Paris.*) — Quelques cas de névroses réflexes, par G.-M. GARLAND. (*Boston med. and surg. Journ.*, 14 janv.) — Névrose réflexe vaso-motrice dépendant d'un déplacement de l'ovaire, par BOLDT. (*Amer. Journ. of obst.*, fév.) — Des névroses vaso-motrices, par ALLEN STARR. (*New York. neurol. soc.*, 2 fév.) — La neurasthénie, par ARNDT. (*Deutsche med. Woch., Vienne*, p. 44.) — Observations sur la neurasthénie, par CLARK. (*Lancet*, 2 janv. 1886.)

Nez. — Maladies du nez, des sinus et du pharynx, par SCHEFF. (In-8°, *Berlin.*) — Déviation de la cloison, des os et des cartilages du nez, par COZZOLINO. (*Il Morgagni*, mars.) — Du redressement de la cloison nasale, par HEYMANN. (*Soc. de méd.*, Berlin, 24 mars.) — Rhinolithe volumineux, datant de six ans, et donnant lieu à des signes de carie des os du nez, par MATTHEW MORIARTY. (*Brit. med. Journ.*, p. 690, avril.) — Traitement des polypes du nez et de la rhinite chronique, par SPENCER WATSON. (*Ibidem*, p. 549, mars.) — Fibro-myxome du pharynx nasal, extirpation par la voie palatine, par TILLAUX. (*Gaz. des hôp.*, 5 janv.) — Recherches sur la rhinoplastie, par BARTOSCH. (*Russkaia med.*, n° 42, 1885.) — Abcès des deux sinus frontaux avec trépanation de l'ethmoïde et guérison complète, par BULL. (*Transact. of. the amer. ophtalm. soc.*, XXI, p. 120.) — Nouvel inhalateur nasal, par COZZOLINO. (*Arch. ital. di laringol.*, V, fasc. 3 et 4.)

Nouveau-nés. — Syncope ou anémie du cerveau comme cause d'asphyxie des nouveau-nés, par NOBLE. (*Amer. Journ. of obst.*, avril). — Apoplexie des nouveau-nés, par SARAH MAC NUTT. (*Amer. Journ. of obst.*, janv.)

O

Obésité. — De la valeur et des résultats des diverses méthodes de traitement contre l'obésité, par JACQUES MAYER. (*Berlin.*) — Le traitement de l'obésité, par WINTERNITZ. (*Wien. med. Presse*, p. 3.) — De l'influence des boissons sur la nutrition et dans le traitement de l'obésité, par ROBIN. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 8 janv.) — Traitement de l'obésité, par A. ROBIN. (*Gaz. méd. de Paris*, 30 janv.)

Obstétrique. — Compendium d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrique, par MACARI. (3e édit., *Gênes.*)

Occlusion intestinale. — Occlusion intestinale phlegmoneuse et abcès périnéphrétique, par CORAZZINI. (*Morgagni*, mars.) — Occlusion intestinale par propagation d'un carcinome utéro-vaginal à la paroi rectale, par ROLLAND. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 18 avril.) — Invagination entéro-colique aiguë, traitée avec succès par l'insufflation et l'injection d'huile dans le gros intestin, par MANBY. (*Lancet*, 9 janvier.) — Insufflation de l'intestin avec

Digitized by Google

inversion du sujet comme traitement de l'invagination, par CLÉMENT LUCAS. (*Lancet*, 16 janvier.) — Traitement de l'obstruction intestinale par l'injection forcée, par H. ILLOWAY. (*Americ. Journ. of the med. sc.*, p. 168.) — De l'entérotomie dans l'ileus, par FUHR et WESENER. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXIII, 3 et 4.) — Entérotomie et extraction d'un calcul biliaire ayant entraîné une obstruction intestinale, par LANGE. (*New York med. Journ.*, 23 janv.) — Manuel opératoire de la laparotomie dans cinq cas d'obstruction intestinale, par GREIG SMITH. (*Brit. med. journ.*, p. 1189, juin.) — Obstruction intestinale, gastrotomie, mort, par COLLIER. (*Brit. med. Journ.*, p. 1060, déc. 1885.) — Trois cas de laparotomie pour obstruction intestinale (3 morts), par L. PILCHER. (*New York med. Journ.*, p. 206.) — Laparotomie dans l'ileus, par ROSER. (*Deutsche med. Woch.*, p. 69.) — Quelques laparotomies dans l'occlusion intestinale, par OBALINSKI. (*Wien. med. Presse*, p. 108.) — Étude des laparotomies et entérotomies dans l'occlusion intestinale, par V. WAHL. (*St Petersb. med. Woch.*, n° 19.)

Œil. — Recherches sur l'anatomie humaine et l'anatomie comparée de l'appareil moteur de l'œil, par MOTAIS. (*Arch. d'ophtalm.*, V., n° 6., p. 524.) — Malformations congénitales des yeux (microphtalmie symétrique et iridérémie), par RICHARDSON CROSS. (*Brit. med. Journ.*, p. 1153, déc. 1885.) — Propagation de la sensation lumineuse aux zones rétiniennes non excitées, par CHARPENTIER. (*Acad. des sciences*, 27 avril.) — Sur le contraste simultané, par CHARPENTIER. (*Ibid.*, 12 avril.) — L'intensité des sensations lumineuses, par CHARPENTIER. (*Arch. d'ophtalm.*, janv.) — Méthode polarimétrique pour la photoptométrie et le mélange des couleurs, par CHARPENTIER. (*Ibid.*, janv.) — Sur quelques phénomènes de contrastes visuels, par RAMPOLDI. (*Annali di Ottalmol.* XIV, p. 421.) — Une nouvelle théorie sur la vision, par ANGELUCCI. (*Bolletino d'oculist.*, VIII, n° 6, p. 141, et *Rec. d'ophtalm.*, VIII, n° 1, p. 34.) — Une théorie sur le mécanisme de l'accommodation, par FURNEY. (*Americ. Journ. of ophtalm.*, III, n° 1, p. 9.) — Précis d'ophtalmologie chirurgicale, par MASSELON. (In-18, 504 p., *Paris*.) — La lentille de Stokes pour mesurer l'astigmatisme, par DENNETT. (*Transact. of the Amer. Ophtalm. soc.*, XXI, p. 106.) — La lumière électrique à l'ophtalmoscope, par DENNETT. (*Ibid.*, XXI, p. 156.) — Une nouvelle série de tableaux métriques pour déterminer l'acuité de la vision directe, par OLIVER. (*Ibid.*, XXI, p. 130.) — Description de la combinaison des lentilles sphéro-cylindriques de Barsch, par HARLAN. (*Ibid.*, XXI, p. 96.) — Une nouvelle forme de l'ophtalmoscope à réfraction, par JACKSON. (*Ibid.*, XXI, p. 114.) — L'action des verres cylindriques dans la correction de l'astigmatisme régulier, par BURNETT. (*Americ. Journ. of Ophtalm.*, II, n° 12, p. 275.) — Sur l'usage des verres cylindriques dans l'astigmatisme composé, par CULBERTSON. (*Ibid.*, III, n° 1, p. 14.) — L'artériosclérose diffuse et les maladies de l'œil, par RAMPOLDI. (*Annali universali*, février 1885.) — Phénomènes subjectifs dans les affections de l'œil, par GEORGE A. BERRY. (*Edinb. med. Journ.*, janvier, p. 613.) — Les symptômes oculaires des maladies cérébrales, par ANGELUCCI. (*Boll. d'oculist.*, VIII, n° 7.) — Sur l'association de l'atrophie grise du nerf optique avec les anomalies du réflexe rotulien, par NORRIS. (*Transact. of the Americ ophtalm. soc.*, XXI, p. 158.) — Deux cas d'hémianopsie unilatérale temporale, par BULL. (*Ibid.*, XXI, p. 115.) — Sur les hémorragies profuses et spontanées du fond de l'œil chez les adolescents, par COGNET. (*Thèse de Paris*, 4 janv.) — Affections de l'œil qui accompagnent les oreillons, par SWAN BURNETT. (*Americ. Journ. of the med. sc.*, p. 86.) — Prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés, par MACKEOWN. (*Obst. transact.*, XXVII, p. 49.) — Maladies contagieuses des yeux dans les institutions publiques, par SMITH. (*New York med. Journ.*, XLIII, n° 6.) — Ophtalmomalacie, par BORTHEN. (*Rev. générale*

Digitized by Google

d'ophtalm., V, n° 1, p. 1.) — Éviscération de l'œil et ses relations avec la théorie bactériologique de l'ophtalmie sympathique, par Mules. (*British med. Journ.*, n° 1310, p. 246.) — Sur l'inflammation sympathique du globe de l'œil, par Gun. (*Ophtalm. hospital reports*, XI, part. 1, p. 78.) — Sur l'emploi du jequirity en poudre dans le traitement du trachome, par Alt. (*Americ. Journ. of ophtalm.*, II, n° 11, p. 257.) — Amaurose par la quinine, par Williams. (*Transact. of the Americ. ophtalm. soc.*, XXI, p. 66.) — Amblyopie toxique après l'usage interne prolongé de l'iodoforme et de la créosote, par Hutchinson. (*New York med. Journ.*, XLIII, n° 1, p. 16.) — Les amblyopies toxiques, par Otto Bergmeister. (*Wiener klinik*, 3e fascicule.) — Amblyopie liée à l'hémianesthésie, par Hitier. (*Thèse de Paris*, 5 mars.) — Des paralysies oculaires, par Kœnigstein. (In-8°, *Vienne.*) — Paralysie congénitale des deux muscles droits externes, par Harlan. (*Transact. of the Americ. ophtalm. soc.*, XXI, p. 48.) — Astigmatisme passager dû à la paralysie des muscles oculaires, par Priestley Smith. (*Ophtalmic review*, IV, n° 50, p. 354.) — De la rétraction des antagonistes dans les paralysies oculaires et de son traitement chirurgical, par Gandon. (*Thèse de Paris*, 1er avril.) — Pneumophtalmie ou présence de l'air dans l'humeur vitrée, par Mittendorf. (*Transact. of the Americ. ophtalm. soc.*, XXI, p. 54.) — Sur un cas de sarcome mélanique de l'épisclère et sur la formation du pigment dans les tumeurs, par Addario. (*Annali di ottalmol.*, XIV, p. 393.) — Sarcome intra-oculaire produisant la sympathie, par Brailey. (*Ophtalm. hospit. reports*, XI, part. 1, p. 53.) — Deux cas de tumeur rétro-oculaire, par Drake-Brockmann. (*Ophtalm. review*, V, n° 51, p. 8.) — Tumeur dermoïde congénitale de l'œil, par Pollock. (*Americ. Journ. of ophtalm.*, II, n° 12, p. 272.) — Quelques réflexions sur les opérations plastiques avec pédicule, par Jeffries. (*Transact. of the americ. ophtalm. soc.*, XXI, p. 113.) — Notes sur trois cas d'astigmatisme progressif, par Theobald. (*Ibid.*, XXI, p. 29.) — Quelques remarques sur la greffe oculaire, par Terrier. (*Arch. d'ophtalm.*, janv.) — Transplantation du globe oculaire entier et présentation du lapin sur lequel l'opération fut faite, par Howe. (*New York med. Journ.*, XLIII, n° 6.) — Enucléation de l'œil : oblitération du sac conjonctival, par Edwin Andrew. (*Brit. med. Journ.*, p. 1155, déc. 1885.) Phlegmon oculaire, énucléation, par le procédé de Bonnet, guérison, par d'Ambrosio. (*La Riforma med.*, 3 avril.) — Exentération du globe oculaire, par Guaita. (*Annali di ottalmol.*, XIV, p. 472.)

Œsophage. — Étude de l'œsophagite folliculaire, par Chiari. (*Prager med. Woch.*, n° 8.) — Rétrécissement de l'œsophage, par Hardy. (*Gaz. des hôp.*, 18 mai.) — Rétrécissement cancéreux de l'œsophage, par Ross. (*Montreal med. chir. soc.*, 19 fév.) — Du rétrécissement cancéreux de l'œsophage, par Landouzy. (*Gaz des hôp.*, 23 fév.) — Epithélioma de l'œsophage, mort par inanition : disposition anormale de l'estomac intéressante au point de vue de la taille stomacale, par Monnier. (*Soc. anat.*, 29 janv.) — Note sur un cas d'épithélioma de la partie moyenne de l'œsophage avec perforation de la trachée et de la bronche gauche, mort subite, par Ganzinotty. (*Broch. Nancy.*) — Cancer de l'œsophage, perforation de l'aorte, par Grandhomme. (*Soc. anat.*, 22 janv.) — Dilatateur de l'œsophage, par Delore. (*Lyon méd.*, 7 mars.) — De la divulsion œsophagienne, par Nasi. (*La Rassegna di sc. med.*, fév.) — Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, traité par la dilatation d'abord progressive, puis forcée, par Mac Cormac. (*Lancet*, 30 janv.) — De l'œsophagotomie pour corps étranger, par Markoe. (*New York surg. soc.*, 12 avril.)

Orbite. — Tumeurs des deux orbites, lymphadénome, par Gayet. (*Lyon méd.*, p. 83, 17 janv.) — Tumeur de l'orbite, par Le Fort. (*Bull. soc. de chir.*,

Digitized by Google

XII, p. 248.) — Tumeur osseuse de l'orbite causée par la présence d'un corps étranger, par FRYER. (*Transact. of the Americ. ophtalm. soc.*, XXI, p. 90.) — Un cas de tumeur fibro-mélanique de l'orbite dix ans après l'ablation d'un œil atteint de tumeur pigmentaire, par BULLER. (*Ibid.*, XXI, p. 84.)

Oreille. — Contribution expérimentale à la connaissance de l'origine centrale du nerf acoustique, par BRONISLAUS ONUFROVICZ. (*Thèse, Zurich*, 1885.) — De la fonction des canaux semi-circulaires, par J.-L. ECKERT. (*Correspondenz Blatt für schweizer Aerzte*, n° 1, p. 11, 1er janvier.) — De la trompe d'Eustache chez le tapir et le rhinocéros, par ZUCKERKANDL. (*Arch. für Ohren.*, XXII, 3 et 4, p. 222.) — L'oreille, ses maladies et leur traitement, par V. GRAZZI. (*Enciclopedia medica italiana.*) — Vice de conformation de l'oreille externe. Imperforation du conduit, par MOURE. (*Bull. de la soc. de méd. de Bordeaux*, 26 mars.) — Sur une anomalie du pavillon de l'oreille portant sur la racine de l'hélice, par FÉRÉ et HUET. (*Soc. de biol.*, 10 oct. 1885.) — Un cas de retour subit intermittent de l'ouïe après une surdité totale d'une durée de 21 ans, par BASILE NORRIS. (*Zeitschrift für Ohrenh.*, XIV, 3 et 4, p. 236.) — Rupture des deux membranes tympaniques avec ébranlement labyrinthique bilatéral, par C. KELLER. (*Monastchr. für Ohrenh.*, n° 6, 1885.) — Un cas de fracture du conduit auditif externe par contre-coup avec déchirure de la membrane tympanique, par CORNELIUS WILLIAMS. (*Zeit. für Ohr.*, 3 et 4, p. 230.) — Le spray, ses effets dans le catarrhe, par Ch. HIRAM. (*St Louis med. surg. Journ.*, sept. 1885.) — Otite moyenne chronique suppurée avec lésion intra-cranienne consécutive. Névrite optique double. Guérison complète, par JOHN FULTON. (*Zeit. für Ohrenh.*, XIV, 3 et 4, p. 218.) — Otite moyenne suppurée, trépanation de l'apophyse mastoïde, par CECCHERELLI. (*La Riforma med.*, 12 janv.) — Deux cas de carie du rocher avec remarque sur l'ouverture précoce de l'apophyse mastoïde, par CORNELIUS WILLIAMS. (*Zeitschrift für Ohrenh.*, XIV, 3 et 4, p. 232.) — Abcès mastoïdiens, trépanation de l'apophyse mastoïde, guérison, par CECI. (*La Riforma med.*, 5 avril.) — Des cas qui nécessitent la perforation des cellules mastoïdes, par W. DALBY. (*Medico chir. transact.*, LXVIII, p. 117.) — De l'importance des lésions mastoïdiennes dans les suppurations chroniques de l'oreille, par SIMEON SNELL. (*Lancet*, 23 janv.) — Sarcome auriculaire à petites cellules, par J. ORNE GREEN. (*Zeitschrift für Ohrenh.*, XIII, 2.) — Tumeur du manche du marteau, par MIOT. (*Rev. de laryngol.*, mars.) — Leçon sur l'ablation des tumeurs osseuses de l'oreille, par GEORGE FIELD. (*Brit. med. Journ.*, p. 338, fév.) — Sur l'emploi d'un nouveau tympan artificiel, par TANGEMAN. (*Med. News*, 20 mars.) — Modification du cathéter de la trompe d'Eustache, par H. LINDO FERGUSON. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XIV, 3 et 4, p. 240.)

Organismes inférieurs. — Technique élémentaire de bactériologie médicale, par SALOMONSEN. (*Nord. med. Arkiv*, XVII, n° 10.) — Diagnostic bactériologique, par JAMES EISENBERG. (*Hambourg et Leipzig.*) — Des méthodes de recherche des bactéries, par HUEPPE. (In-8°, *Wiesbade.*) — Drainages de bactéries, par REILHAC. (*Thèse de Paris*, 10 avril.) — Nouvel instrument pour compter les bactéries contenues dans l'air, par PAWLOWSKY. (*Soc. de méd. de Moscou*, 7 janv.) — De l'emploi des milieux nutritifs solides pour le dosage des bactéries de l'air, par DE FREUDENREICH. (*Arch. des sc. phys.*, XV, n° 2.) — Étiologie bactérienne des maladies infectieuses, par MITTENZWEIG. (In-8° *Berlin.*) — De quelques nouveaux champignons mixomycètes et bactéries, par ZUKAL. (In-8°, *Leipzig.*) — Expériences sur la résistance des microbes à la chaleur des étuves, par GRANCHER. (*Rev. d'hyg.*, 20 mars.) — Quelques particularités démontrant la résistance vitale de certains mi-

Digitized by Google

crobes, par PERRONCITO et AIRODI. (*Giorn. della Acad. di med. di Torino*, décembre 1885.) — Valeur germicide de quelques acides végétaux, par ABBOTT. (*Med. News*, 9 janv.) — Bactéries dans les follicules lymphatiques de l'intestin, par BIZZOZERO. (*Arch. per. le sc. med.*, IX, 4.) — Action de l'alcool absolu sur les spores du bacillus anthracis, par PERRONCITO. (*La Rassegna, Modène*, janvier.)

Os. — De quelques variétés de conformation de la charpente osseuse du tronc, par VARAGLIA. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, août 1885.) — Sur l'ostéite déformante, par S. POZZI. (*Gaz. méd. de Paris*, 7 fév.) — Ostéite épiphysaire des phalanges, par JAMES SMITH. (*Brit. med. Journ.*, p. 689, avril.)—Sur une variété d'hydarthrose consécutive à l'ostéyomélite de croissance et entretenue par elle, par LOUGNON. (*Thèse de Paris*, 19 mars.) — Abcès de l'extrémité supérieure du tibia; trépanation au bout de treize ans, par HENRY LEE. (*Lancet*, 19 septembre 1885.) — Nécrose de l'os frontal consécutive à une inflammation du sinus frontal, par ARMSTRONG. (*New York med. Journ.*, 23 janv.) — Deux obs. de résection partielle de l'os iliaque pour ostéite tuberculeuse, par DELORME. (*Bull. soc. de chir.*, XII, n° 284.) — Exostose de croissance, par RICHET. (*Gaz. des hôp.*, 15 avril.) — Des exostoses de croissance, par SEGOND. (*Gaz. des hôp.*, 26 déc.) — Ostéome de l'os pariétal, par MATWEJEW. (*Lesop. Chir. ob.*, n° 7.) — Tumeur pulsatile du fémur, étude des anévrismes des os, par GIOVANNI. (*Raccoglitore med.*, n° 3.) — Carcinome primitif de l'humérus, fracture presque spontanée, résection, guérison, par EUG. BOECKEL. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er mars.) — Myélosarcome du fémur, amputation, par GALLOZZI. (*La Riforma med.*, 14 avril.) — Ostéotomie pour une difformité angulaire de la hanche, par POORE. (*New York surg. soc.*, 26 janv.) — Un cas d'ostéomalacie (héréditaire), par W. WEBB. (*New York med. Journ.*, p. 335, 1885.)

Ovaire. — De la généralisation des kystes et tumeurs épithéliales de l'ovaire, par POUPINEL. (*Thèse de Paris*, 19 fév.) — Kystes multiloculaires des ovaires, productions secondaires dans l'estomac, le péritoine et la plèvre; pleurésie hémorragique, mort, par MÉNÉTRIER. (*France méd.*, 12 janv.) — Obs. de névromes multiples consécutifs à l'extirpation des ovaires pour l'épilepsie, par SIMS. (*New York obst. soc.*, 19 janv.) — Abcès ovarien aigu, ouvert dans le cæcum juste au moment où l'on s'apprêtait à le ponctionner, guérison, par GEORGE PADLEY. (*Brit. med. Journ.*, p. 1151, déc. 1885.) — Des maladies des ovaires, par OLSHAUSEN. (In-8°, *Stuttgart.*) — Remarques cliniques sur une quatrième série de 25 ovariotomies, par F. TERRIER. (*Rev. de chir.*, 10 mars.) — Ovariotomie chez une femme de 65 ans. Guérison, par BERTHOD. (*Gaz. méd. de Paris*, 27 fév.) — Ovariotomie incomplète. Ligatures atrophiantes sur les pédicules. Guérison, par TERRIER. (*Union médicale*, 25 février.) — Cas d'ovariotomie, par SKENE KEITH. (*Edinb. med. Journ.*, CCCLXIX, p. 837.) — Expulsion par l'urètre des ligatures laissées dans l'abdomen à la suite d'une ovariotomie, par J.-H. THOMPSON. (*Lancet*, 12 décembre 1885.) — Kyste ovarien multiloculaire solide, par C. FOX. (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 20 fév.) — Kyste dermoïde de l'ovaire (deux dents); ovariotomie, par MONOD. (*Bull. soc. de chir.*, XI, p. 464.) — Kystes dermoïdes des deux ovaires, par THORNTON. (*Obst. transact.* XXVII, p. 46.) — Kystes dermoïdes des deux ovaires, diverticulum dans le rectum, ovariotomie, guérison, par JANVRIN. (*Americ. Journ. of obst.*, janvier.) — Oophorectomie pour la guérison d'une hystéro-épilepsie; péritonite avec vomissements persistants; lavements de chloral, guérison, par REAMY. (*Med. News*, 27 fév.) — Kyste dermoïde de l'ovaire, ovariotomie, guérison, par TERRIER. (*Union médicale*, 4 fév.) — Tumeurs végétantes des deux ovaires : Corps fibreux de l'utérus : Ovario-hystérec-

Digitized by Google

tomie : De l'ascite dans les tumeurs abdominales, par Quénu. (*Rev. de chir.*, 10 avril.) — Castration bilatérale pour fibro-myomes interstitiels de l'utérus, par Cuzzi. (*Soc. med. chir.*, *Pavie*, 16 janv.)

P

Palais. — De la tuberculose de la voûte palatine, par Hermantier. (*Thèse de Paris.*) — Opération plastique sur le palais, par Trélat. (*Rev. de chir.*, 10 fév.)

Pansement. — Etudes expérimentales sur les pansements au sous-nitrate de bismuth, par Gosselin et Héret. (*Arch. gén. de méd.*, janv.) — Quelques considérations sur l'emploi du sublimé en chirurgie, par Picqué. (*Bull. de thérap.*, 15 janv.) — Des inconvénients de l'acide phénique dans la chirurgie abdominale, par Pasini. (*Raccoglitore med.*, n° 8.) — Avantages du crin de Florence comme fil de suture, par Bigo. (*Thèse de Paris*, 3 avril.)

Paralysie. — Paralysies, contractures et affections douloureuses de cause psychique, par Lober. (*Thèse d'agrég.*, *Paris.*) — Des paralysies toxiques, par Brissaud. (*Thèse d'agrég.*, *Paris.*) — Des paralysies radiculaires, par J.-L. Prevost. (*Rev. méd. Suisse romande*, 15 avril.) — Un cas de paralysie faciale d'origine centrale, par Thomas. (*Lancet*, 16 janvier.) — Chute sur l'épaule ; paralysie de la sensibilité du membre supérieur, de la face et du tronc à gauche ; mal perforant palmaire ; nystagmus, par Michaud. (*Arch. méd. milit.*, t. VII, p. 1, 1er janv.) — Contracture et paralysie atrophique des membres inférieurs d'origine infantile ; avantages du traitement orthopédique et opératoire, par Agnello d'Ambrosio. (*Medicina contemporanea*, novembre 1885.) — Note sur un cas de paralysie pseudo-hypertrophique, par Plicque. (*France médicale*, 16 mars.) — Note sur la paraplégie spastique et son traitement par le repos absolu, par N.-B. Donkin. (*Brain*, p. 370, oct. 1885.) — Hémiparaplégie et hémianesthésie croisée, très probablement d'origine syphilitique ; guérison avec persistance de troubles vaso-moteurs et de la sensibilité thermique, par Catuffe. (*France médicale*, 23 février.) — Phénomènes bilatéraux de l'hémiplégie, par Daurios. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 avril.) — De la paralysie agitante consécutive aux traumatismes, par Vandier. (*Thèse de Paris*, 17 avril.) — Paralysie agitante de cause traumatique, par E. Deschamps. (*France méd.*, t. I, p. 25.)

Paralysie générale. — Étude des réflexes chez les paralytiques généraux, par Bettencourt. (*Thèse de Paris*, 20 mars.)

Pathologie générale. — Mémoire de médecine et de chirurgie, par E. Masse. (In-8°, *Paris.*) — Des crises dans les maladies, par Chauffard. (*Thèse d'agrég.*, *Paris.*) — Parentés morbides, par Boinet. (*Thèse d'agrég.*, *Paris.*) — Des immunités morbides, par Dubreuilh. (*Thèse d'agrég.*, *Paris.*) — Principes et pratique de médecine, par Fagge. (2 vol. in-8°, *Londres.*)

Paupière. — Longueur anormale de la fente palpébrale, par V. Reuss. (*Wien. med. Presse*, p. 206. — Du trachome, par Raehlmann. (In-8°, *Leipzig.*) — Étude critique sur les opérations chirurgicales du ptosis paralytique, par Terpandros. (*Thèse de Paris*, 14 avril.) — Ptosis lipomateuse, par Shell. (*Transact. of the Amer. Ophtalm. Soc.*, XXI, p. 49.) — Ectropion des

Digitized by Google

deux paupières, par DERBY. (*Ibid.*, XXI, p. 141.) — Ectropion spasmodique traité par les verres, par TYTLER. (*British med. Journ.*, n° 1306, p. 153.) — Les dernières opérations pour le trichiasis, par BENSON. (*Ophtalm. Hospital reports.*, XI, part. I, p. 18.) — Un cas d'épithélioma de la paupière guéri par l'emploi du calomel, par MATTERSSON. (*Transact. of the American Ophtalm. Society*, XXI, p. 95.) — De quelques opérations pratiquées sur les paupières, par LANDOLT. (*Arch. d'ophtalmologie*, t. V, n° 6, p. 481.)

Peau. — Contribution à l'étude des glandes de la peau et des follicules pileux, par VARAGLIA et CONTI. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, oct. 1885.) — Anatomie pathologique du corpuscule de Pacini, par RATTONE. (*Arch. per le sc. med.*, IX, 4.) — Contribution à l'étude des parasites normaux de la peau, par UFFREDUZZI. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, juil. 1885.) — Contribution à l'étude des taches bleues, par JACQUES GROSSMANN. (*Thèse, Genève*, 1885.) — Dermatite exfoliatrice généralisée, par GAMBA. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, octobre 1885.) — Sur quelques dermatoses d'origine nerveuse, par CAMPANA. (*Ibid.*, mars-avril.) — Des trophonévroses de la peau, par KOPP. (In-8°, *Vienne.*) — Remarques sur la dégénérescence colloïde de la peau, par ROBERT LIVEING. (*Brit. med. Journ.*, p. 586, mars.) — Atrophie linéaire de la peau, par TAYLOR. (*N. York med. Journ.*, 2 janv.) — Contribution à l'étude des végétations et de leur traitement par le grattage, par CASTILHON. (*Thèse de Paris*, 20 janv.) — Sarcome multiple primitif de la peau, par CAMPANA. (*R. Accad. d. sc. med. Génes*, 8 fév.) — Un cas de sarcome multiple de la peau, par C.-A. CHEEVER. (*Boston med. and surg. Journ.*, 14 janvier.) — De la sarcomitose cutanée, par PERRIN. (*Thèse de Paris*, 22 janv.) — Sur l'emploi des préparations de quinine dans les affections cutanées, par H. HAGER. (*Monatsh. für prakt. Dermatol.*, 1885.)

Pelade. — État de la sensibilité électro-cutanée dans la pelade, par NACHTIGAL. (*Mittheilungen aus der medicinischen Klinik in Würzburg*, t. II.)

Pellagre. — De la pellagre, revue, par LOMBROSO. (*Arch. di psichiatria*, VII, 1.)

Pemphigus. — Un cas de pemphigus aigu (fièvre bulleuse), par SENATOR. (*Deutsche med. Woch.*, p. 3.) — La prédisposition héréditaire à la formation des bulles (Epidermolysis bullosa hereditaria), par KÖBNER. (*Ibid.*, p. 21.)

Périnée. — Déchirures du périnée, étiologie et prophylaxie, par MEKERTTSCHIANTZ. (*Arch. f. Gynaek.*, XXVI, 3.) — De la déchirure du périnée et des moyens de la prévenir, par HENRY BYFORD. (*Journ. of Amer. med. Ass.*, p. 253, 6 mars.) — De la rupture centrale du périnée, par CHARPENTIER. (*Arch. de tocol.*, nov.) — Sur les ruptures du périnée et leur traitement, par CHOCHON-LATOUCHE. (*Thèse de Paris*, 29 janv.) — Indications et contre-indications de la suture immédiate dans les déchirures du périnée, par WENNING. (*Med. News*, 1er mai.) — La suture continue au catgut pour les déchirures du vagin et du périnée, par KELLER. (*Arch. f. Gynaek.*, XXVI, 2.) — De la périnéorraphie, par DAYOT. (*Thèse de Paris*, 8 janv.)

Péritoine. — Diagnostic de la péritonite antérieure, par TESTI. (*Raccoglitore med.*, n° 1.) — De l'élévation des bras comme signe de la péritonite, par LEDIARD. (*Lancet*, 19 septembre 1885.) — Péritonite puerpérale suppurée, rupture spontanée de la paroi abdominale; perforation du diaphragme, évacuation du pus par les bronches; guérison, par ILLOWAY. (*Obst. Soc. of Cincinnati*, 14 janv.) — Sarcome à cellules fusiformes rétropéritonéal avec hémorragies interstitielles, par W. OSLER. (*Med. News*, 6 mars, p. 263.) — Pseudomyxome du péritoine, par DE TORNERY. (*France médicale*, 27 mars.)

Digitized by Google

Pharmacologie. — Manuel des étudiants en pharmacie, par JAMMES. (2 vol. in-18, *Paris.*) — De l'action physiologique du rubidium et du cœsium, par S.-S. BOTKIN. (*Iejened. klin. Gaz.*, 5 juin 1885.) — Sur l'action physiologique des sels de lithium, de rubidium et de potassium, par J. BLAKE. (*Acad. des sciences*, 11 janv.) — De l'action de l'acide borique et du borax sur l'organisme humain, par JOHNSON. (*Nord. med. Arkiv*, XVII, n° 9.) — Des formes sous lesquelles l'acide phosphorique est éliminé de l'organisme, par SERGUIS MALISCHEFF. (*Thèse, Berne*, 1885.) — Des propriétés antiseptiques du sous-azotate de bismuth et de quelques autres corps, par CARL SCHULER. (*Thèse, Berne.*) — De l'absorption du mercure par les organes respiratoires, par FRIEDRICH MÜLLER. (*Mittheilungen aus der medicinischen Klinik in Würzburg*, II.) — Des oléates, par A. NAPIER. (*Glasg. med. Journ.*, p. 246.) — Des propriétés vésicantes de l'iodure de méthyle, par KIRK. (*Lancet*, 24 octobre 1885.) — Action de l'uréthane, de la boldine et du peptonate de bismuth, par T. LANG. (*Wien. med. Presse*, p. 178.) — L'extrait éthéré et l'huile éthérée de fougère mâle ne sont qu'un même médicament, par PERRONCITO. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, décembre 1885.) — Du kawa, piper methysticum, étude, par LEWIN. (Broch., *Berlin.*) — Observations cliniques sur l'action antiseptique de l'antipyrine et de la thalline, par SARA WELT. (*Thèse, Zurich*, 1885.) — Effets de l'antipyrine sur la fièvre et sur la cyanose, par C. ENGEL. (*Mittheilungen aus der medicinischen Klinik in Würzburg*, II.) — Des effets de l'antipyrine, par W. DRAPER. (*New York med. Journ.*, 1885, p. 429.) — Recherches cliniques sur l'action antifébrile de l'antipyrine et de la thalline avec des remarques sur le rôle de l'idiosyncrasie dans l'antipyrèse, par SARA WELT. (*D. Arch. f. klin. Med. Bd.* XXXVIII, p. 81.) — De l'influence du chlorhydrate de pylocarpine sur le pouvoir accommodateur, après disparition du myosis qu'il produit d'abord, par FALCHI. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, juin 1885.) — Sur l'hopéine blanche cristallisée, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, XV, n° 4.) — De l'hopéine, de ses propriétés hypnotiques et de son emploi clinique, par ELOY. (*Union médicale*, 23 janvier.) — Effets thérapeutiques de l'hopéine, par T. LANG. (*Wien. med. Presse*, p. 143.) — Études physiologiques sur l'acétophénone, par MAIRET et COMBEMALE. (*Acad. des sc.*, 28 déc.) — Adonis vernalis et adonidine, leur action cardio-vasculaire, par GRASSET. (*Semaine méd.* 10 fév.) — Du sulfate de spartéine, par LEGRIS. (*Thèse de Paris*, 15 avril.)

Pharynx. — Des troubles nerveux qui compliquent parfois les affections du pharynx, par HERING. (*Rev. mens. de laryng.*, avril.) — Des tumeurs adénoïdes du pharynx, par CHATELLIER. (*Thèse de Paris*, 14 janv.)

Physiologie. — Traité de physiologie comparée des animaux, par G. COLIN. (3e édit., *Paris.*)

Pied. — Cancroïde du pied, par RICHET. (*Gaz. des hôp.*, 15 avril.) — Épithélioma du pied, par LANNELONGUE. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 21 mars.) — Étude sur le pied bot et le pied plat, par ROSER. — Recherches sur le pied bot congénital, par WILHELM. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXIII, 3 et 4.) — Pied bot varus équin, par KIRMISSON. (*Gaz. des hôp.*, 23 fév.) — Étiologie, anatomie pathologique, variétés et traitement du pied bot, par ROBERTS. (*Med. News*, 13 mars.) — Tarsotomie pour un pied bot, par VERNEUIL. (*Bull. Soc. de Chir.*, XII, p. 251.) — Ostéotomie sous-cutanée avec la scie à chaîne dans le traitement du pied bot talus, par SYMONDS. (*Lancet*, 2 janvier.) — Redressement d'un pied bot par l'ostéoclasie, garçon de 21 ans, par MOLLIÈRE. (*Lyon méd.*, p. 126, 24 janv.)

Digitized by Google

Pigment. — Recherches cliniques sur deux pigments pathologiques, par JULES BERDEZ. (*Thèse, Berne*, 1885.)

Placenta. — Kyste du placenta, par BOXALL. (*Obst. transact.*, XXVI, p. 59.) — Rétention du placenta dans l'utérus, par PAJOT. (*Arch. de tocol.*, fév.) — Accouchement forcé dans les cas de placenta prævia, par TRUSH. (*Amer. journ. of obst.*, mars, p. 296.) — Le traitement du placenta prævia, par MC LEAN. (*Americ. journ. of obst.*, mars.)

Plèvre. — Conservation des rétractions thoraciques dans les pleurésies avec épanchements, par CHAMBOR. (*Thèse de Paris*, 14 janv.) — Cancer primitif de la plèvre; pleurésie hémorragique, par DIEULAFOY. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 11 février.) — Évacuation spontanée d'un épanchement pleurétique par une plaie de poitrine, par BARTE. (*France méd.*, 16 janv.) — Curage d'un foyer de pleurésie circonscrite avec gangrène corticale du poumon, guérison, par GUERMONPREZ. (*Bull. Soc. de Chir.*, XII, p. 195.) — Leçons sur le traitement chirurgical des épanchements purulents de la plèvre, par GODLEE. (*Lancet*, 9 janvier.) — Pleurésie purulente, ponction ou empyème, par POTAIN. (*Gaz. des hôp.*, 25 mars.) — Pleurésie purulente, thoracentèse, puis empyème, par HARDY. (*Gaz. des hôp.*, 7 janv.) — Traitement de la pleurésie purulente, par WIBIN. (*Annales de la Société de médecine d'Anvers*, janvier.) — Empyèmes; résection partielle de six côtes; guérison, par RODERIC MACLAREN. (*Brit. med. j.*, p. 642, avril.)

Poumon. — Anomalies de nombre ou de siège des lobes du poumon, par LAMB. (*Med. News*, 13 fév.) — Des bruits thoraciques à l'état de santé et de maladie, par BULLAR. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXI, p. 191.) — De la pneumonie épidémique; épidémie observée à l'hôpital de la marine, à Lorient, par CANIVET. (*Thèse de Paris*, 10 avril.) — 1er compte rendu sur la statistique des pneumonies entreprise par l'Association des médecins de Schleswig-Holstein, par H. QUINCKE. — Le pneumococcus du cheval, ou mieux le microbe de la pneumonie fibrineuse équine, par PERRONCITO. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, mars-avril 1885.) — Du refroidissement dans la pathogénie de la pneumonie, par LAGOUT. (Broch., *Paris.*) — Pneumonie lobaire, état infectieux, mort, par HARDY. (*Gaz. des hôp.*, 27 avril.) — Deux cas de spléno-pneumonie, par QUEYRAT. (*Revue de médecine*, mars.) — Pneumonie massive, par DUBIEF. (*Gaz. méd. de Paris*, 30 janv.) — Cirrhose pulmonaire symétrique diffuse, par PERCY KIDD. (*Brit. med. j.*, p. 545, mars.) — Pneumonie aiguë à courbe thermique paradoxale, par CORIVEAUD. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 31 janv.) — Pneumonie lobaire chez un bossu; à l'autopsie atélectasie sans bronchite, par MARFAN. (*Soc. anat.*, 22 janv.) — Hémoptysie pulmonaire considérable non mortelle, par WEST. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXI, p. 51.) — Hémoptysie considérable dans le cours d'une pneumonie aiguë; à l'autopsie, lésions de pneumonie vulgaire, sans modifications capables d'expliquer l'hémoptysie, par SAMUEL WEST. (*Brit. med. j.*, p. 394, fév.) — Abcès du poumon, consécutif à l'ingestion d'une arête de poisson, par ASTLEY BLOXAM. (*Brit. med. journ.*, p. 588, mars.) — Cancer primitif du poumon; propagation à la colonne vertébrale, par MUSELIER. (*Gaz. méd. de Paris*, 3 avril.) — La quinine fait-elle avorter la pneumonie? (Seulement, d'après l'auteur, les pneumonies paludéennes), par EMMET HOLT. (*New. Y. med. Journ.*, 1885, p. 217.) — De la grindelia robusta dans les affections pulmonaires, par GRINEWEEKI. (*Russk. med.*, n° 1.) — De la pneumotomie, Revue critique, par TRUC. (*Rev. de médecine*, mars.)

Pression. — Action des hautes pressions sur les tissus animaux, par REGNARD. (*Acad. des sciences*, 18 janv.)

Digitized by Google

Prostate. — Tumeur énorme de la prostate, par LE ROY. (*Soc. anat.*, 5 fév.) — Traitement palliatif et traitement radical de l'hypertrophie prostatique, par R. HARRISON. (*Lancet*, 16 janvier.) — Observ. de prostatite aiguë, avec élimination de cylindres hyalins ressemblant à des cylindres du rein, par ANDREW CLARKE. (*Brit. med. j.*, p. 113, janv.)

Psoriasis. — Du psoriasis vulgaire, par FRIEDRICH HAMMER. (*Mittheilungen aus der medicinischen Klinik in Würzburg*, t. II.)

Psychose. — Deux cas de mélancolie, par ALEX. PATTON. (*Journ. of ment. sc.*, janvier, p. 498.) — Névrose mentale guérie par l'usage du cuivre, par SURRE. (*Gaz. des hôp.*, 23 fév.) — Obs. de troubles mentaux après les opérations, par HERRINGHAM. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXI, p. 165.)

Ptomaïne. — Putréfaction, bactéries et produits de la putréfaction, par LESNIK. (*Gaz. lek.*, n° 3.) — Des modifications de la pupille après la mort et de l'action de l'atropine et d'autres alcaloïdes sur l'iris du cadavre, par MARSHALL. (*Lancet*, 15 août 1885.)

Puerpéral (État). — Le microbe de la fièvre puerpérale, ses manifestations à New-York, par NŒGGERATH. (*Obst. Soc. of N. York*, 2 fév.) — Les pansements et la contagion, un exemple de soi-disant épidémie de fièvre puerpérale, par LE FORT. (*Gaz. des hôp.*, 2 janv.) — La fièvre puerpérale dans le Palatinat, par OSTHOFF. (*Frankenthal.*)

R

Rachis. — Sur l'existence d'un os odontoïde distinct de l'axis chez l'homme. par GIACOMINI. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, février.)— Traitement de la scoliose, par JASINSKY. (*Gaz. lekarsk.*, n° 3.)— De la cyphose des adolescents, par VERNEUIL. (*Gaz. méd. de Paris*, 3 avril.) — De la carie vertébrale et des abcès par congestion, par WILLIAM ELLIOTT. (*The Dublin journ. of med. sc.*, p. 1, janvier.) — Mal de Pott lombaire, abcès par congestion, accollement des abcès aux anses intestinales; passage des microbes intestinaux dans l'intérieur des abcès, par NETTER. (*Soc. anat.*, 29 janv.) — Névrite sciatique double, cancer de la colonne vertébrale, compression de la queue de cheval, par DUBIEF. (*Arch. de méd.*, fév.). — Paraplégie dans le mal de Pott : son traitement par le cautère actuel, par J. ALTHAUS. (*Brit. med. journ.*, p. 826, mai.) — Quelques résultats de la méthode de Sayre, par NEBEL. (*Deuts. med. Woch.*, p. 72.) — Un cas de cyphose dorsale avec paraplégie, guérie par le corset de Sayre, par MOTTA. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, août 1885.) — Fracture et luxation congénitale de l'atlas, par ALLEN. (*Lancet*, 24 oct. 1885. — Quelques remarques sur 17 cas de fractures vertébrales observés à la clinique chirurgicale de Berne de 1865-1884, par PIERRE-EDMOND DE REYNIER. (*Thèse, Berne*, 1885.)

Rachitisme. — De l'étiologie du rachitisme, par H.-C. HAVEN. (*Boston med. and surg. journ.*, 14 janv.) — Rachitisme et syphilis, par COMBY. (*Progrès méd.*, 23 janv.) — La pathogénie et la médication phosphorée du rachitisme, par ELOY. (*Union médicale*, 27 fév.)

Digitized by Google

Rage. — Documents anciens sur la rage et son traitement. (*Rev. scientif.*, 3 avril.)— Hydrophobie ; mort; affection développée 31 jours après une morsure par un chien rabique, par SECHEYRON. (*France médicale*, 18 fév.)— Rage humaine, par KIEMANN. (*Wiener med. Blätter*, 26 nov.) — Quatorze jours avec Pasteur, par BILLINGS (relation du traitement de 4 enfants mordus par un chien. (*Med. news.*, 23 janv.) — Commentaires sur la méthode de Pasteur du traitement de la rage, par C.-W DULLES Nie la valeur du procédé. (*Med. Record New York*, 13 fév.) — La cétoine et la rage, par BLANCHARD. (*Rev. scientif.*, 23 janv.)

Rate. -- Leucémie, splénotomie, mort, par SECHEYRON. (*Arch. gén. de méd.* janv.) — Deux cas de splénectomie, KINGWSLEY THORNTON (l'opération est contre indiquée dans la leucémie). (*Brit. med. journ.*, p. 740, avril.) — De la splénotomie pour tumeur de la rate, par FOUBERT. (*Thèse de Paris*, 17 fév.)

Rectum. — Le rectum chez l'enfant, par JACOBI. (*Obst. soc. of New York*, 16 fév.) — Deux cas d'imperforation du rectum, par HORROKS. (*Obst. transact.*, XXVII, p. 135.) — Du traitement du prolapsus du rectum, par CECCHINI. (*La Rassegna, Modène*, mars.) —Études de chirurgie pratique (conseils sur quelques points de pratique courante dans le traitement des hernies, des affections du rectum, de la fissure rectale, des affections de la vessie, de la prostate de l'urètre), par JOHN CHIENE. (*Edinb. medic. journ.*. CCCLXIX, p. 801.) -- Des rétrécissements congénitaux du rectum chez l'adulte, par TRÉLAT. (*Union médicale*, 14 fév.) — Des rétrécissements congénitaux du rectum chez l'adulte, par PAILHÈS. (*Thèse de Paris*, 15 fév.) — Résection d'un carcinome du rectum à son union avec l'S iliaque ; guérison, par R. WEIR. (*New York med. journ.*, p. 194.)— Cancer du rectum, rectotomie linéaire, colotomie iliaque, suicide, hydronéphrose, par LE BEC. (*Gaz. des hôp.*, 11 mars.)

Rein. — Contribution à l'histologie des reins, par ROBERT STEIGER. (*Thèse, Berne*, 1885.) — Arrêt de développement du rein, par MÉNÉTRIER. (*Soc. anat.*, 22 janv.) — Ectopie rénale congénitale, par POTHERAT. (*Soc. anat.*, 12 fév.) — Anomalie des reins, par CARTIER, (*Journ. de médecine de Bordeaux*, 18 avril.) — De la régénération partielle du rein à la suite de l'extirpation expérimentale incomplète chez le chien et le lapin, par DI MATTEI. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, mars, avril 1885.) — Traité pratique des maladies des reins, et des troubles urinaires, par C.-H. RALFE. (*Londres*, 1885.) —Pathogénie des néphrites, par GAUCHER. (*Thèse d'agrég, Paris.*) — Recherches sur les néphrites toxiques (aloïne, acide oxalique), par ALFRED MURSET. (*Thèse, Berne*, 1885.) — Influence de l'état des reins sur l'apparition de la réaction de Gerhardt dans les urines, par MYA. (*Giorn. della Accad. di med. di Torino*, mars-avril 1885.) — Éléments de pronostic dans la maladie de Bright, par AUSTIN FLINT. (*Journ. of the americ. med. ass.*, 9 janv., p. 29.)—De l'artério-capillary fibrosis, et de ses rapports avec les lésions des reins et du cœur, par A. LOOMIS. (*New York med. journ.*, p. 201.) — De l'insuffisance rénale, formes cliniques de l'urémie chronique, par RIBAIL. (*Thèse de Paris*, 16 janv.) — Liquide ascitique chyliforme chez un malade affecté de néphrite albumineuse, par DUMONTPALLIER. (*Soc. méd. des hôp.*, 18 déc. 1885.) — Éléments de pronostic dans la maladie de Bright, par FLINT. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 9 janv.) — Néphrite aiguë rhumatismale, par CAYLA. (*France médicale*, 30 janvier.) — Autopsie d'un calculeux, congestion rénale, lésion cardiaque et aortique, par VINCENT. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 14 fév.) — De la maladie de Bright chez les herpétiques, par SÉJOURNET. (*Gaz. méd. de Paris*, 24 avril.) — Né-

Digitized by Google

phrite aiguë consécutive à la diphtérie, par SIMMON. (*Med. news.*, *p.* 161, 6 fév.)— Tuberculose primitive du rein, par JANEWAY. (*New York. County med. assoc.*, 18 janv.) — Abcès du rein ouvert dans l'intestin, par REVE. (*Lancet*, 30 janvier.) — Sarcome primitif du rein droit, par W. SMITH, (*Amer. journ. of the med. sc.*, p. 143.) — Cysto-fibrome du rein gauche par BOURSIER. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 11 avril.— Maladie kystique des deux reins, par SHATTOCK. (*Brit. med. journ.*, p. 446, mars.) — Technique de la néphrectomie, par LE DENTU. (*Rev. de chirurg.*, 10 janv.)— De la néphrectomie, par MEOLA. (*La riforma med.*, 12 janv.) — Laparo-néphrotomie, par LANGLEY BROWNE. (*Brit. med. Journ.*, p. 821, mai.) — Néphrectomie, mort, par BRIDDON. (*New York surg. soc.*, 12 janv.) — Pyonéphrose; néphrectomie, guérison, par LANGE. (*New York med. journ.*, p. 108, 23 janv.) — Des effets de la destruction totale ou partielle des capsules surrénales, par CHURTON. (*Lancet*, 6 fév.)

Résection. — Résection pour une affection chronique de l'épaule, par HUBBARD. (*Med. news*, 24 avril.) — Résection du coude, par POLAILLON. (*Bull. soc. de chirurg.*, XII, p. 149.) — De la résection du genou, par OLLIER. (*Lyon méd.*, p. 281, 28 fév.) — L'arthrectomie et la résection du genou, par A. CECCHERELLI. (*Medicina contemporanea*, janv.) — Procédé d'extirpation de l'astragale et de résection bito-tarsienne, par J. REVERDIN.(*Revue de chirg.*, 10 mars.)

Respiration. — Quelques formes anormales de respiration, par JULIUS MICKLE. (*Journal of mental sc.*, p. 58, avril.) — La respiration périodique et la respiration superflue ou de luxe, par MOSSO. (*Arch. ital. de biologie*, janv.)—

Rétine. — Influence de la lumière et de la chaleur sur la rétine de la grenouille, par GRADENIGO. (Padoue,1885.) — Sur les altérations pathologiques de la choroïdite et de la rétinite syphilitiques, par NETTLESHIP. (*Ophtalm. hosp. reports*, XI, p. 1.) — Recherches cliniques sur la valeur des différentes méthodes de rétinoscopie, par MORTON, STANFORD et BANETT. (*British med. journ.*, n° 1307, p. 105.) — Embolie partielle de la division inférieure de l'artère centrale de la rétine avec attaque légère de chorée, par BENSON. (*Ophthalm. Review.*, 5, n° 51, p. 1.)

Rhumatisme. — Contribution à la statistique du rhumatisme articulaire aigu, par RAPHAEL HIRSCH. (*Mittheilungen aus der medicinischen Klinik in Würzburg*, II.) — De l'arthritisme, les lipomes sont-ils d'origine arthritique, par KROHN. (*Thèse de Paris*, 28 janv.) — Sur l'influence de l'alcool chez les arthritiques, par CHEVASSU. (*Thèse de Paris*, 28 janv.) — Leçons sur le rhumatisme et la goutte, envisagés surtout au point de vue des modifications chimiques des tissus et des humeurs, par W. LATHAM. (*Brit. med. journ.*, p. 629, avril.) — Des affections rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané, par CHUFFART. (*Thèse d'agrég.*, Paris.) — Un cas de nodosités sous-cutanées rhumatismales d'apparence anormale, par GUYOT. (*Soc. des hôp.*, 25 février.) — Du diagnostic du rhumatisme au moyen de l'examen du sang, par HAYEM. (*Trib. méd.*, 28 fév.) — De l'érythème noueux dans ses rapports avec le rhumatisme (l'auteur le regarde comme une expression clinique du rhumatisme), par STEPHEN MACKENZIE. (*Discussion à la Soc. clin. de Londres. Brit. med. journ.*, p. 741, avril.)—Cas de rhumatisme avec complication rare (ralentissement du pouls), par MACDONNELL. (*Med. news.*, 17 avril.) — Rhumatisme aigu, endocardite, accouchement, guérison, par EDWARD SQUIRE. (*Brit. med. journ.*, p. 775, avril.) — Un cas de rhumatisme cérébral avec hyperthermie; mort, par SINCLAIR. (*Lancet*, 23 janvier.) —

Digitized by Google

Rhumastime aigu cérébral guéri par les bains froids et le chloral, par Peisson. (*Gaz. méd. de Paris*, 16 janv.)

Rougeole. — De la stomatite dans la rougeole, par Julien. (*Thèse de Paris*, 20 mai.)

S

Salive. — Un calcul salivaire dans le canal de Sténon, par Castiaux. (*Bulletin médical du Nord*, novembre 1885.)

Sang. — Recherches sur la physiologie des corpuscules du sang, leçon, par Osler. (*Med. News*, 3 avril.) — Contribution à l'étude des plaquettes du sang (de Bizzozero) dans l'état normal et dans l'état pathologique, par Romeo Fusari. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, juin 1885.) — Rapidité de l'absorption des globules rouges du sang par la muqueuse respiratoire, par Fubini et Giuffri. (*Ibid.*, décembre 1885.) — Nouvelles recherches sur les substances toxiques ou médicamenteuses qui transforment l'hémoglobine en méthémoglobine, par Hayem. (*Acad. des sc.*, 22 mars.) — Action des ferments diastasiques sur la coagulabilité du sang, par Salvioli. (*Arch. per le sc. med.*, IX, 4.) — De l'accroissement du nombre des globules blancs du sang pendant l'inflammation accompagnée de suppuration (Mémoire confirmatif des faits de Malassez), par Gostling. (*Brit. med. j.*, p. 112, janv.) — Variations de la réaction alcaline du sang veineux dans les maladies, par Mya et Tanarini. (*Arch. per le sc. med.*, IX, 4.) — La fibrine du sang dans les diverses maladies, par Fusari. (*Soc. méd. chir. de Pavie*, 16 janv.)

Saturnisme. — Le saturnisme et l'hydrargyrisme agissent-ils en irritant les extrémités des nerfs périphériques ou, au contraire, leur action porte-t-elle sur les centres? par Ernst Guglielminetti. (*Thèse, Berne*, 1885.) — Névralgie sus-orbitaire droite due à un saturnisme chronique, par Tonini. (*La Rassegna, Modène*, février.) — Névrite optique double et ophtalmoplégie saturnine, par Wadsworth. (*Transact. of the Amer. Ophthalm. Soc.*, XXI, p. 50.) — Un cas de folie saturnine, par Hale White. (*Journal of mental sc.*, p. 56, avril.) — Empoisonnement saturnin; nodosités des os métacarpiens, par Herringham. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXI, p. 169.)

Sclérodermie. — De la sclérodermie, par Collin. (*Thèse de Paris*, 15 janv.)

Sclérotique. — Pigmentation de la sclérotique, par Reuss. (*Wiener med. Presse*, p. 204.)

Scarlatine. — Cas singulier de scarlatine, par Musatti. (*Riv. venet. di sc. med.*, fév.) — D'un cas anormal de scarlatine, par Borzatti. (*Raccoglitore med.*, n° 9.) — Scarlatine grave anormale; accidents consécutifs multiples, par Jaccoud. (*Gaz. des hôp.*, 6 fév.)

Scrofule. — La scrofule et les bains de mer, par Merris. (In-8°, *Paris.*)

Septicémie. — Septicémie salivaire chez les lapins, par Bordoni-Uffreduzzi et Mattei. (*Arch. per le sc. med.*, X, 1.)

Sperme. — État mental des spermatorrhéiques, par Legrand du Saulle. (*Gaz. des hôp.*, n°s 29, 32, 35, 41.)

Digitized by Google

Spina bifida. — Observations de spina bifida, par A. Southam. (*Brit. med. Journ.*, p. 589, mars.) — Spina bifida cervical, guérison spontanée, par Clutton. (*Brit. med. j.*, p. 114, janv.)

Statistique. — La stérilité et la fécondité des ménages parisiens, par Richet. (*Rev. scientif.*, 27 fév.)

Strabisme. — Résultats de l'opération pour le strabisme convergent, par St-John Roosa. (*Med. News*, 6 fév.) — Recherches sur les opérations du strabisme, par Kalt. (*Thèse de Paris*, 29 mai.) — Correction du strabisme dans les cas d'amblyopie très marquée, par Holt. (*Transact. of the Amer. Ophthalm. Soc.*, XXI, p. 121.) — Traitement du strabisme interne, par Seely. (*Ibid.*, XXI, p. 64.) — Traitement précoce du strabisme convergent, par Adams Frost. (*Brit. med. Journ.*, p. 101, janv.)

Sueur. — La sueur et le sens du tact, par Aubert. (*Lyon méd.*, 31 janv.) — Des sueurs chez les phtisiques et de leur traitement par l'ergot de seigle, par Mignot. (*Thèse de Paris*, 2 mars.)

Surdimutité. — Sur la production, par la sélection, aux États-Unis, d'une race de sourds-muets, par A. de Candolle. (*Arch. des sciences phys.*, fév.)

Syphilis. — Atlas des maladies vénériennes, par Maclaren. (1er fasc., *Londres.*) — Traité pratique des maladies vénériennes, par Jullien. (In-8°, 2e édit., *Paris.*) — Évolution de la syphilis, par Mauriac. (*Gaz. des hôp.*, 6 mars.) — Leçons sur la pathologie et la thérapeutique de la syphilis, par Édouard Lang. (*Wiesbaden.*) — Les bacilles de la syphilis, par G.-K. Matterstock. (*Mittheilungen aus der medicinischen Klinik in Würzburg*, II.) — Les bacilles de la syphilis, par Alvarez. (*Rev. d'ophtalm.*, VIII, n° 1, p. 29.) — Des facteurs de gravité de la syphilis, par Fournier. (*Gaz. des hôp.*, 25 mai.) — Des rapports de la puerpéralité et de la syphilis, et en particulier de la fièvre syphilitique pendant les suites de couches, par Mercier. (*Thèse de Paris*, 15 janv.) — Du bubon vénérien dans ses rapports avec les saisons, par P. Tommasoli. (*Giornale Ital. delle mal. veneree*, sept.-oct. 1885.) — Pathologie générale de la syphilis tertiaire, par C. Mauriac. (In-8°, 112 p., *Paris.*) — De la syphilis héréditaire tardive, par A. Wolff. (*Volkmann's Sammlung klinische Vortraege*, n° 273.) — De la syphilis héréditaire tardive; la kératite interstitielle, par Fournier. (*Recueil d'ophtalm.*, 1885, n° 12, p. 705.) — Hémorragie et syphilis, par Hartmann et Pignot. (*Ann. de dermat.*, janv.) — Syphilis cérébrale, par Ross. (*Montreal med. chir. Soc.*, 5 janv.) — Cas de syphilis cérébrale précoce, par Gamberini. (*La Riforma med.*, 16 mars.) — De la syphilis cérébrale, par Herxheimer. (*Mittheilungen aus der medicinischen Klinik in Würzburg*, t. II.) — Deux cas de syphilis : 1° avec lésion de la circonvolution frontale ascendante; 2° avec lésion de la moelle cervicale, par Wood. (*Philad. neurol. Soc.*, 26 janv.) — Myélite syphilitique, par G.-H. Roger. (*Encéphale*, p. 34.) — Rétrécissement syphilitique de l'isthme du gosier, par Moure. (*Bull. de la Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 2 avril.) — Notes sur la syphilis pulmonaire, par Bruen. (*Med. News*, 20 mars.) — Obs. de syphilis pulmonaire et thoracique, par Gamberini. (*La Riforma med.*, 1er fév.) — Deux cas de pleurésie syphilitique deformante, par Clément Zürcher. (*Thèse, Berne*, 1885.) — Chancre syphilitique du sourcil, par Morel-Lavallée. (*Ann. de dermat.*, fév.) — Chancre induré de l'oreille, par Hermet. (*Ann. de dermat.*, fév.) — La tuméfaction de la rate dans la syphilis récente, par Quirole. (*La Riforma medica*, 5 octobre 1885.) — Un cas de syphilome ano-rectal de forme gommeuse superficielle, par Trélat. (*Gaz. des hôp.*,

Digitized by Google

8 avril.) — Chancre du col utérin, par HERMAN. (*Obst. transact.*, XXVII, p. 252.) — Sur un chancre induré du vagin, par MAX BOCKHART. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1885.) — Nécrose syphilitique de la clavicule, par POTHERAT. (*Soc. anat.*, 8 janv.) — De l'emploi de l'iodoforme dans le traitement des affections vénériennes, par BOCKHART. (*Monatsh. f. prakt. Dermat.*, janv.)

T

Tabac. — Amblyopie tabagique, par GUSTAVE HARTDRIGE. (*Brit. med. journ.*, p. 200, janv.)

Tænia. — Passage du tænia échinocoque de l'homme au chien, par THOMAS. (*Proceed. of royal soc.*, juin.) — De l'action de diverses substances chimiques et notamment de la potasse sur les œufs du tænia mediocanellata, par PERRONCITO et MASSA. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, novembre 1865.) — Expulsion du tænia par la bouche, par MARSEL. (*Gaz. des hôp.*, 30 janv.)

Taille. — Taille suspubienne, suture de la vessie, réunion par première intention, par PITCHER. (*New York med. journ.*, 26 déc. 1885.) — Lithotomie suspubienne, par RUTHERFORD MORISON. (*Brit. med. journ.*, p. 87, mai.) — De la répétition de la lithotomie chez les mêmes sujets, par reproduction des calculs, par REGINALD HARRISON et DONALD DAY. (*Brit. med. journ.*, p. 285, 286, fév.) — Faits de lithotomie suspubienne, par BARWELL, JACOBSON, etc. (*Roy. chir. soc. Brit. med. journ.*, p. 643, avril.) — 1° Taille hypogastrique; 2° lithotritie en une séance, 2 observations, par AUBERT. (*Lyon méd.*, p. 156, 31 janv.) — De la taille hypogastrique chez les enfants, par SCHMITZ. (*Chirurg. Westnik*, fév.) — Taille suspubienne chez un enfant de 2 ans, suture de la vessie, guérison par première intention, par VIOLANI. (*Raccoglitore med.*, n° 5.)

Teigne. — Teignes et teigneux, par FEULARD. (*Thèse de Paris*, 21 mai.) — Une épidémie momentanée d'herpès tonsurant, par LESSER. (*Deutsche med. Woch.*, p. 69.)

Tendon. — Arrachement des tendons, par ALBERTIN. (*Lyon méd.*, p. 57, 10 janvier.)

Température. — Étude sur la température du corps pendant le travail musculaire, par VERNET. (*Arch. des sc. physiques*, XV, n° 2.) — Influence du système nerveux sur la température, par MOSSO. (*Arch. per le sc. med.*, X, 1.) — Sur une nouvelle méthode directe pour l'étude de la chaleur animale, par DESPLATS. (*Acad. des sciences*, 8 fév.) — Observations sur les températures puerpérales, par S. TAIT. (*Obst. Transact.*, XXVI, p. 8.) — Des températures morbides locales dans la colique hépatique, par DUBRAC. (*Thèse de Paris*, 16 janv.) — Un cas d'hyperthermie après la mort, par UNDERHILL. (*Lancet*, 16 janv.)

Testicule. — Le crémaster et la migration testiculaire, par DEBIERRE. (*Acad. des sc.*, 19 avril.) — De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose testiculaire, par TERRILLON. (*Progrès médical*, 19 janv.) — Du pseudo-étranglement dans l'ectopie inguinale, par GAUTIER. (*Thèse de Paris*, 21 mai.

Digitized by Google

— Un cas de cryptorchidie, par W. Steer. (*Lancet*, 5 sept. 1885.) — Un cas d'hydrocèle multiloculaire, par Giltschenko. (*Russkaïa med.*, n° 1.) — Hydro-hématocèle de la tunique vaginale. Décortication, guérison, par Polaillon. (*Gaz. méd. de Paris*, 1er mai.) — Volumineuse hydrocèle opérée avec le drainage, par Babacci. (*Rivista Clin. di Bol.*, juillet 1885.)

Tétanos. — Tétanos puerpéral, par Jaccoud. (*Gaz. des hôp.*, 9 janv.) — Deux cas de tétanos mortel sans lésion anatomique du centre nerveux ni des nerfs périphériques, par W.-B. Hadden. (*Brain*, p. 400, oct. 1885.)

Thérapeutique. — Traité de matière médicale et de thérapeutique, par Garrod. (11e édit., *Londres*.) — De la médication abortive, par De Beurmann. (*Thèse d'agrég.*, *Paris*.) — Le médicament causal et le remède biologique, par G. Sée. (*Semaine méd.*, 12 mai.) — Formulaire des nouveaux remèdes, Bardet et Egasse. (In-18, *Paris*.) — L'antipyrine, par Gasagrande. (*Raccoglitore med.*, n° 2.) — Note clinique sur l'emploi de l'antipyrine (seule observation), par Welch. (*Med. News*, 2 janv.) — Action de l'antipyrine dans la fièvre typhoïde, la pneumonie et quelques autres maladies, par Karst. (*Med. prib. Morsk.* janv.) — Sur la drosère des Pyrénées, rotundifolia et longifolia, son action thérapeutique, par Larrieu. (Broch., *Toulouse*.) — Note sur l'emploi du viburnum prunifolium pour empêcher les avortements, par M. Campbell. (*Brit. med. journ.*, p. 391, fév.) — Le viburnum prunifolium, médicament antiabortif, par J.-H. Wilson. (*Ibid.*, p. 640, avril.) — De l'action thérapeutique du convallaria, par C. Fedeli. (*Medicina contemporanea* oct. 1885.) — Sur l'action physiologique et thérapeutique de l'acétophénone, par Mairet et Combemale. (*Acad. des sciences*, 18 janv.) — Effets physiologiques et thérapeutiques du gaz hydrogène sulfuré d'après les observations faites à la source sulfureuse froide de Weilbach, par H. Stifft, (*Berlin*.) — Difficulté d'apprécier les effets des médicaments à cause des modifications dues à l'âge ou à la prédisposition, par Joseph Schmidt. (*Therapeutic Gazette*, IX, n° 5, p. 309.) — Étude sur les diverses formes pharmacologiques de médicaments et des rapports entre elles et l'action thérapeutique, par Joseph Schmidt. (*Ibid.*, n° 6, p. 369.) — Mécanisme des nerfs vaso-moteurs. Substances médicamenteuses et autres agents qui modifient cette action, par Charles-L. Dana. (*Ibid.*, IX, n° 8, p. 505.) — Action et antagonisme de quelques substances médicamenteuses sur le cœur de la grenouille, par Thos J. Mays. (*Ibid.*, IX, n° 2, p. 13.) — Nouvelles indications thérapeutiques pour servir à l'emploi des pilules composées d'iris, par E. Chenevy. (*Ibid.* IX, n° 3, p. 174.) — Nouveaux médicaments, par R.-H. Culbertson. (*Ibid.*, IX, n° 3, p. 172.) — Du chlorate de potasse, par Jos.-Xav. Ziteke. (*Ibid.*, IX, n° 3, p. 169.) — Action thérapeutique et physiologique de l'hyoscine, par H.-C. Wood. (*Ibid.*, IX, n° 1, p. 1.) — Salicylate de potassium dans le rhumatisme articulaire aigu, par E.-L. Miller. (*Ibid.*, IX, n° 4, p. 222.) — Usage du bromhydrate d'hyoscine comme hypnotique dans la folie, par H.-C. Wood. (*Ibid.*, IX, n° 2, p. 107.) — Action thérapeutique de l'aconit dans la pneumonie croupale, par Thos. J. Mays. (*Ibid.*, IX, n° 4, p. 217.) — Emploi du cascara dans la constipation fonctionnelle chronique, par Ralph d'Avy. (*Ibid.*, IX, nos 9 et 10, p. 595 et 653.) — Préparations pharmaceutiques de l'iodoforme et manière de l'employer en thérapeutique, par Chas. Petit Stout. (*Ibid.*, IX, n° 8, p. 510.) — Substitution de la nitro-glycérine aux médicaments à base d'alcool, par Joseph B. Burroughs. (*Ibid.* IX, n° 7, p. 450.) — Médicaments employés dans la fièvre typhoïde, par W.-G. Kemper. (*Ibid.*, IX, p. 447.) — Salicylate de soude dans le diabète sucré, par Thomas. J. Yarrow. (*Ibid.*, IX, n° 7, p. 446.) — Convallaria maialis, par Edw.-T.-Bruen. (*Ibid.* IX, n° 1, p. 20. De la valeur de la glace en thérapeutique, par L.-B. Anderson. (*Ibid.* IX, n° 6, p. 367.)

Digitized by Google

Thorax. — Un cas de fissure congénitale du sternum, par F. Madden. (*New York med. journ.*, 1885, p. 407.) — Nouveau mode de mensuration du thorax, par Le Fort. (*Bul. soc. de chir.*, XII, n° 3, p. 149.) — Ostéosarcome des côtes. Adhérence au diaphragme : blessure de ce muscle pendant l'ablation de la tumeur. Guérison, par Humbert. (*Revue de chir.*, 10 avril.)

Thyroïde. — Observation sur les goitreux du Desbyshire, par W. Webb. (*Brit. med. journ.*, p. 686, avril.) — Tumeur du corps thyroïde, accès de spasme laryngé ; bons effets de l'aconit, par Younan. (*Lancet*, 17 oct. 1885.) — Tumeur villeuse de la glande thyroïde accessoire, par Bilton Pollard. (*Brit. med. journ.*, p. 446, mars.) — Effets de l'extirpation de la glande thyroïde, par Albertoni et Tizzoni. (*Arch. per le sc., med.*, X, 1.) — Des indications de la thyroïdectomie et des injections interstitielles iodées dans le goitre parenchymateux, par Thierry. (*Thèse de Paris*, 15 avril.) — Sur l'extirpation du goître, par Reverdin. (*Lyon méd.*, 11 avril.)

Trachée. — Trachée avec trois bronches, par D'Ajutolo. (*Med. Acad. delle scienze Bologna*, avril 1885.) — Trachéotomie chez les enfants du premier âge, par Hearnden. (*Lancet*, 17 oct. 1885.) — Étude sur une complication rare de la trachéotomie (médiastinite intérieure suppurée), par Béal. (*Thèse de Paris*, 16 janv.) — Le traitement consécutif de la trachéotomie, par Habershon. (*St. Barthol. hosp. Rep.*, XXI, p. 79.)

Transfusion. — De la transfusion du sang, par Duplay. (*Progrès médical*, 23 janvier) — Transfusion du sang opéré avec succès, par Duret. (*Rev. méd.*, 9 janv.) — De la transfusion du sang après les amputations, par John Duncan. (*Brit. med. journ.*, p. 192, janv.)

Traumatisme. — Mémoires de chirurgie, traumatisme et complications, par Verneuil. (In-8°, t. IV, *Paris.*)

Tremblement. — Étude sur le tremblement, par L. Talma. (*D. Arch. f. klin. Med.* XXXVIII. Hft. 1 et 2, p. 2.)

Trépanation. — De la trépanation dans les cas d'hémorragie de l'artère méningée moyenne, par Krönlein. (*Deutsch. Zeit. f. Chir.*, XXIII, 3 et 4.) — Fracture comminutive du pariétal droit avec dépression osseuse chez un enfant de 2 ans ; trépanation. Réimplantation de la portion trépanée, guérison, par G. Saint-George. (*Brit. med. journ.*, p. 579, avril.) — De la trépanation dans l'épilepsie consécutive à une fracture du crâne d'ancienne date, par Clark. (*Lancet*, 6 fév.)

Tumeur. — Étude des tumeurs, par Zahn. (*Deut. Zeit. f. Chirurg.*, XXIII, 3 et 4.) — De l'etiologie des tumeurs, par Magnamara. (*New York County med. assoc.*, 18 janv.)

Tuberculose. — La transmissibilité de la phtisie, par Martin. De l'influence du séjour à l'hôpital sur la propagation de la tuberculose, par Leudet. — De la transmission de la tuberculose par les objets de literie, tapis, tentures, par Richard. (*Revue d'hyg.*, n° 4, 20 avril.) — Rapport sur l enquête concernant la contagion de la phtisie, par Vallin. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 25 fév.) — Étiologie de la phtisie, par Isambard Owen. (*Brit. med. journ.*, p. 550, mars.) — De la tuberculose, par Trélat. (*Progrès médical*, 13 mars.) — Influence du sexe sur la phtisie pulmonaire, par Alexander James. (*Edinb. med. journ.*, CCCLXIX, p. 821.) — La phtisie pulmonaire dans ses relations avec les professions et les autres maladies, par Alexander James. (*Edinb. med. journ.*, CCCLXX, p. 938.) — De l'hygiène des habitants des

Digitized by Google

hautes Voges envisagée spécialement au point de vue du développement de la tuberculose, par SPILLMANN. (In-8°, *Nancy.*) — Tuberculose héréditaire, par SIRENA et PERNICE. (*Cent. f. klin. Med.*, 6 mars.) — De l'importance des inflammations exsudatives et suppuratives dans la genèse de la tuberculose miliaire aiguë, par MAZZOTTI. (*Annali universali di med. e di chir.*, 6 juill. 1885.) — De l'uniformité du processus morbide développé par les inoculations tuberculeuses, par G. COLIN. (*Acad. des sc.*, 28 déc.) — Présence du bacille tuberculeux dans des pièces très anciennes (du muséum) de poumons malades, par HARRIS. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXI, p. 45.)— De la mort chez les phtisiques, par MOUSSOUS. (*Thèse d'agrég., Paris.*) — De la désinfection des crachats des tuberculeux, par HANDFORD. (*Brit. med. journ.*, p. 440, mars,) — Fièvre infectieuse tuberculeuse aiguë, par LANDOUZY. (*Gaz. des hôpit.*, 14 janv.) — De la fièvre hémoptoïque chez les phtisiques, par LUDWIG UHRIG. (*Mitteilungen aus der medicinischen Klinik in Würzburg*, t. II.) — Péricardite et tuberculisation, par ROYER-LARAUZA. (*Journ. de méd. de Bordeaux.* 17 janv.) — Grossesse et tuberculose, par E. MARTEL. (*Gaz. des hôp*, 16 janv.) — Observations de tuberculose oculaire, par GALLENGA. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, nov. 1885.) — Observation de tuberculose de la peau, par RICHARD HEBB. (*Brit. med. journ.*, p. 590, mars.) — Tuberculose du poumon, du pharynx et du larynx, par POTAIN. (*Gaz. des hôp.* 8 avril.) — De la pneumonie aiguë chez les tuberculeux, par DUHAMEL. (*Thèse de Paris*, 20 mai.) — Note préliminaire sur un cas d'affection tuberculeuse de la moelle épinière, par SACHS. (*Neurolog. Soc. New York*, 6 avril.) — Ulcération tuberculeuse de la lèvre, par PONCET. (*Lyon méd.*, p. 227, 14 fév.) — De l'hydropéritonite et de l'ascite aux diverses périodes de la tuberculose, par LEUDET. (*Normandie méd.*, 1er janv.) — Type de tuberculose exclusive des articulations, ostéites et arthrites tuberculeuses multiples, abcès froids, amputation de la jambe et de l'avant-bras droit, guérison, par NICAISE. (*Bull. soc. de chir.*, XII, p. 245.) — Contribution à l'étude des éléments de pronostic et de détermination opératoires chez les tuberculeux, par MABBOUX, rapport par CHAUVEL. (*Bull. soc. de chir.*, XII, p. 101.) — Traitement de la phtisie par l'hygiène et le climat, par WEBER. Traduction de Brachet. (In-12, *Paris.*) — La phtisie pulmonaire traitée au moyen de l'huile essentielle de térébenthine, par LEVEN. (*Gaz. des hôp.*, 23 mars.) — Les résultats du traitement de la phtisie chez soi comparés avec ceux des voyages et des changements de résidence, par HUDSON. (*New York med. journ.*, 16 janv.) — Traitement local de la phtisie pulmonaire au moyen d'un nouvel instrument (inhalateur antiseptique), par G. EVANS. (*New York med. journ.*, p. 264.) — D'un cas de tuberculose pulmonaire ou de bronchite chronique simulant la tuberculose, traité par la terpine, suivi de retour à la santé, par DESCROIZILLES. (*France médicale*, 13 fév.)

Typhoïde (Fièvre). — Les microorganismes de la fièvre typhoïde, revue (*La riforma med.*, 17 fév.) — Étude étiologique du bacille typhique, par FRAENKEL et SIMMONDS. (In-8°, *Hambourg.*) — De la contagion de la fièvre typhoïde, par BAUDISSON. (*Gaz. des hôp.*, 15 avril.) — De la contagion de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux par EUGEN STEGER. (*Mittheilungen aus der medicinischen Klinik in Würzburg*, t. II.) — Étiologie de la fièvre typhoïde à Compiègne, par PINEAU. (*Semaine méd.*, 10 fév.) — Épidémie de fièvre typhoïde au Pas-des-Lanciers, par DUCHEMIN. (*Arch. de méd. milit.*, 1er mars, p. 145.) — Epidémie de fièvre typhoïde causée par l'infection d'un puits d'eau potable, par HENRI WEHRLI. (*Thèse, Zurich.*) — Du danger du voisinage des basses-cours au point de vue de l'étiologie de la fièvre typhoïde, par ORY. (*Rev. d'hyg.*, 20 janv.)—La fièvre typhoïde dans ses rapports avec l'appareil vasculaire et cardiaque, par LANDOUZY. (*Gaz. des hôp.*, 6 avril.)—

Digitized by Google

Fièvre typhoïde de longue durée, abcès multiples, phlegmatia alba dolens, mort. (*Gaz. des hôp.*, 30 janv.) — Du délire initial de la fièvre typhoïde, par Combet. (*Gaz. méd. de Paris*, 13 mars.) — Pleurésie et périsplénite dans la fièvre typhoïde, par Davilé. (*Thèse de Paris*, 16 mars.) — Des complications pulmonaires de la fièvre typhoïde, par J.-B. Harrington. (*Boston med. and surg. journ.*, 14 janv.) — Névrite du tibial antérieur survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde, par R. Wurtz. (*Encéphale*, p. 10.) — Des réversions dans la fièvre typhoïde, par Longuet. (*Union médicale*, 3-5 janv.) — De l'importance de l'infection dans la fièvre typhoïde, par Bottari. (*Raccoglitore med.*, n° 4.) — Antipyrèse chimique et physique dans la fièvre typhoïde, par Murri. (*La riforma med.*, 30 mars.) — Influence de la médication réfrigérante sur la lésion typhoïde de l'intestin, par Mouisset. (*Lyon med.*, 4 avril.) — La fièvre typhoïde traitée par les bains froids, par Longuet. (*Union médicale*, 6 mars.) — Des inhalations d'air froid dans la fièvre typhoïde, par Sokoloff (*Voenno med. journ.*, février 1885.) — Des lavements phéniqués dans la fièvre typhoïde, par Solonoff. (*Compte rendu de la Soc. méd. d'Irkoutsch*, 1885.) — Quelques cas de fièvre typhoïde à forme cérébro-spinale ; traitement de l'hyperpyrexie par l'antipyrine, par Samuel Mackew. (*Lancet*, 5 sept. 1885.) — De la fièvre typhoïde à l'hôpital de Boston, en 1884-1885, remarques sur les usages de l'antipyrine, par A.-L. Mason. (*Boston med. and surg. journ.*, 3 déc. 1885.) — Considérations sur le traitement de fièvre typhoïde à l'hôpital d'Angoulème, 1877-1882, par Fournier. (*Bull. gén. de thér.*, 28 fév.)

U

Ulcère. — Maux perforants palmaires chez un sujet atteint de tabes syphilitique, par Ménétrier. (*Ann. de dermat.*, janv.) — De la nature et de l'origine de l'ulcère rongeant, par Ferguson. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXI, p. 101.) — De l'ulcère de Pendeh, par Finkelstein. (*St-Peterb. med. Woch.*, n° 19.) — De l'emploi du « leite d'alveloz » (latex d'une plante de la famille des Euphorbiacées) dans le traitement des ulcères épithéliaux, par Clemente Ferreira. (*Bull. de thérap.*, 15 décembre 1885.) — Amputation sus-malléolaire de la jambe avec grand lambeau plantaire dans les cas d'ulcère intraitable de la jambe, par Keetley. (*Lancet*, 28 novembre 1885.)

Urée. — Sur un nouvel appareil pour le dosage de l'urée par l'hypobromite de soude, par Mayet. (*Lyon méd.*, 7 mars.) — De l'utilité pratique de faire le dosage quotidien de l'urée chez les malades, par W. Green. (*Brit. med. Journ.*, p. 1055, déc. 1885.)

Urémie. — Accidents urémiques et émissions sanguines, par Landouzy. (*Gaz. des hôp.*, 11 mars.) — De l'urémie, par Giraudeau. (*Arch. gén. de méd.*, janv.)

Urètre. — Considérations pratiques sur l'urètre de l'homme, par Picard. (Broch., *Paris.*) — Imperforation de l'urètre, par Ed. Andrews. (*Journ. of Amer. med. Ass.*, 20 février.) — Trois cas de fièvre urétrale terminés par la mort, par S. Edwards. (*Brit. med. Journ.*, p. 592, mars.) — Du traitement de certaines formes chroniques de suppuration de l'urètre, par Reginald Harrison. (*Lancet*, 5 septembre 1885.) — Rétrécissement traumatique

Digitized by Google

de l'urètre; cystite; mort, par LANNEAU. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 31 janv.) — Rupture traumatique de l'urètre, deux urétrotomies externes, rétrécissement infranchissable, rupture du canal, 3e urétrotomie, par LE FORT. (*Gaz. des hôp.*, 4 fév.) — Rupture complète traumatique de l'urètre, infiltration d'urine, par ERNEST MACKENZIE. (*Brit. med. j.*, p. 440, mars.) — Deux cas de rupture de l'urètre, par CH. SYMONDS. (*Ibid.*, p. 824, mai.) — De la suture des deux bouts après avivement, dans les solutions de continuité complètes du canal de l'urètre et en particulier dans les ruptures traumatiques. (*Gaz. des hôp.*, 20 fév.) — Urétrotomie externe, par LANNELONGUE. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 24 janv.) — Urétrotomie périnéale externe pour les rétrécissements de l'urètre, par ROCKWELL. (*N. York med. Journ.*, 9 janv.) — Calcul urétral, par ROUTH. (*Obst. Transact.*, XXVII, p. 3.)

Urine. — Existence de l'acétone dans l'urine normale, par MOSCATELLI. (*Riv. venet. di sc. med.*, janv.) — Influence de l'abstinence, du travail musculaire et de l'air comprimé sur les variations de la toxicité urinaire, par BOUCHARD. (*Acad. des sciences*, 17 mai.) — Sur une réaction de l'urine normale chez certains herbivores, simulant la réaction de Gerhardt, par MYA. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, mars-avril 1885.) — Étude clinique de l'urine dans les diverses maladies infantiles, par EKKERT. (*Vratch*, n° 44, 1885.) — Des ferments de l'urine, par FRITZ GEHRY. (*Thèse, Berne*, 1885.) — De la signification physiologique et pathologique de l'indican dans l'urine, par L. ORTWEILER. (*Mittheilungen aus der medicinischen Klinik in Würzburg*, t. II.) — De l'excrétion d'indican dans l'inanition, par FR. MULLER. (*Ibid.*, t. II.) — Modification à la liqueur de Fehling pour la détermination du sucre dans l'urine, par CRESSWELL. (*Brit. med. Journ.*, p. 587, mars.) — Étude sur l'hématurie dans la rétention d'urine, par BENOIT. (*Thèse de Paris*, 5 mars.) — Incontinence d'urine sans fistule consécutive à l'accouchement, par BEIHADERGUE-LAGRÈZE. (*Thèse de Paris*, 19 mai.)

Utérus. — Ligaments ronds de l'utérus, par BEURNIER. (*Thèse de Paris*, 27 mai.) — De la circulation utérine, considérations anatomiques et pathologiques, par WILLIAMS. (*Obst. transact.*, XXVII, p. 112.) — Deux cas d'utérus double, par BUTLER-SMYTHE. (*Lancet*, 12 décembre 1885.) — Des maladies des trompes, des ligaments, etc., par BANDL. (In-8°, *Stuttgart.*) — Maladies des annexes utérines, leurs relations avec les adhérences pelviennes, les déplacements et les abcès, par GIL WYLIE. (*Med. News*, 27 mars.) — Du rapport des maladies utérines avec l'asthénopie et les autres affections de l'œil, par T. POOLEY. (*New York med. Journ.*, p. 179.) — Valeur diagnostique de l'épithélium cylindrique à cils vibratils, dans les cas d'hydrosalpingite et de pyosalpingite, par F. FERGUSON. (*New Y. med. Journ.*, 1885, p. 211.) — Modification de l'épithélium dans l'endométrite, par HEITZMANN. (*Wien. med. Jahrb.*, p. 557, 1885.) — La complication ovarienne de l'endométrite, par PUTNAM JACOBI. (*Americ. Journ. of obstet.*, avril.) — La névralgie utérine, ses dangers, son traitement, par SOTO. (*Thèse de Paris*, 16 janv.) — Traitement des cicatrices du col de l'utérus (opération d'Emmet), par MARTIN. (*Journ. of the amer. med. Ass.*, p. 198, 20 février.) — De la phlegmasie péri-utérine bénigne, par BARANCY. (*Thèse de Paris*, 15 avril.) — De l'exploration de la cavité utérine en cas de ménorragie, par EDIS. (*Brit. med. j.*, p. 115, janv.) — De l'ulcère rongeant du col utérin, par WILLIAMS. (*Obst. transact.*, XXVI, p. 60.) — De la déchirure du col utérin et de l'opération de la trachélorraphie, par GRAILY HEWITT. (*Brit. med. Journ.*, p. 1, janv.) — Du mécanisme de production des rétroversions, rétroflexions et du prolapsus, par KÜSTNER. (*Zeit. f. Geburts.*, XI, 1.) — Inversion de l'utérus, par HERMAN. (*Obst. Transact.*,

Digitized by Google

XXVII, p. 83.) — Inversion de l'utérus ayant nécessité l'hystérectomie, par MALINS. (*Lancet*, 31 octobre 1885.) — Inversion de l'utérus immédiatement après l'accouchement, par BOYLE RUNNALLS. (*Brit. med. j.*, p. 491, mars.) — Leçon sur l'inversion de l'utérus et l'emploi du repositeur à flexion sigmoïde (dix observations de malades traités avec succès), par JAMES AVELING. (*Brit. med. Journ.*, p. 475, mars.) — Inversion utérine irréductible, amputation de l'utérus par la ligature avec tractions élastiques, guérison, par PONCET. (*Lyon méd.*, 4 avril.) — Notes cliniques sur la chirurgie utérine, par SIMS. (In-8°, *New-York.*) — Recherches anatomiques et opératoires à propos du raccourcissement des ligaments ronds, ou opération dite d'Alexander Adams, par DOLÉRIS et RICARD. (*Union médicale*, 24 novembre 1885.) — Traitement opératoire du prolapsus utérin, par DOLÉRIS. (*Gaz. méd. de Paris*, 10 avril.) — Prolapsus utérin, par TILLAUX. (*Gaz. des hôp.*, 6 avril.) — Hydro et pyosalpyngite compliquée de dégénérescence folliculaire des ovaires, par BAER. (*Amer. Journ. of obst.*, mars, p. 292.) — Obs. de tuberculose de l'utérus avec extension au péritoine pelvien, par JONES. (*Amer. Journ. of obst.*, mars.) — La chirurgie ignée en général et ses avantages en particulier dans les maladies chroniques et rebelles de l'utérus, par ABEILLE. (In-8°, 452 p., *Paris.*) — Nouveau traitement électrique de l'hématocèle péri-utérine par la galvanopuncture négative, suivie du curage antiseptique de la poche, pratiqué avec l'écouvillon, par APOSTOLI et DOLÉRIS. (*Arch. de tocol.*, nov.) — Étude des tumeurs utérines compliquant la grossesse, par ZARAMELLA. (*Riv. venet. di sc. med.*, mars.) — Tumeur fibreuse ayant subi la dégénérescence calcaire, par BAER. (*Journ. of amer. med. Ass.*, p. 74, 16 janv.) — Diagnostic différentiel entre les myomes de l'utérus et la distension des trompes de Fallope, par JOHN TAYLOR. (*Brit. med. J.*, p. 737, avril.) — Id., par HORROCKS. (*Ibid.*, p. 821, mai.) — Traitement chirurgical des fibromyomes de l'utérus, par THOMAS SAVAGE. (*British med. Journ.*, p. 486, mars.) — De la cure électrolytique des fibromes utérins, par J. FREEMAN. (*New York med. Journ.*, 1885, p. 262.) — De l'électricité dans le traitement des fibromes utérins, par J. EVERETT. (*Ibid.*, 1885, p. 438.) — Trois cas de fibromyome utérin, dont deux opérés avec succès par la voie abdominale, et le troisième guéri par l'usage interne prolongé de l'ergot de seigle, par MORRIS. (*Lancet*, 9 janvier.) — Tumeur fibreuse de l'utérus guérie par les injections d'ergotine, par JAURÈS. (*Gaz. des hôp.*, 15 mai.) — Note sur l'extirpation des appendices utérins, par LAWSON. TAIT (proteste contre l'assimilation avec l'opér. de Battey). (*Med. News*, 24 avril.) — Un cas d'extraction de fibrome intra-utérin, par DEZANNEAU. (*Bulletin de la Société de médecine d'Angers*, juillet 1885.) — Tumeur fibro-cystique de l'utérus, hystérectomie, par SMITZ. (*Obst. Transact.*, XXVI, p. 58.) — Hystérectomie vaginale, par PURCELL. (*Obst. Transact.*, XXVII, p. 5.) — Amputation susvaginale de l'utérus par le vagin pour fibromyomes multiples de la paroi postérieure, par MARGARY. (*La Riforma med.*, 18 mars.) — Hystérectomie dans le traitement des fibromyomes utérins, par BIGELOW. (*Americ. Journ. of Obst.*, fév.) — De l'hysterectomie vaginale, par HEYDENREICH. (*Semaine méd.*, 24 fév.) — Myome volumineux parenchymateux de l'utérus, laparotomie et hystérotomie, par GALLOZZI. (*Ibid.*, 24 mars.) — De l'hystérectomie abdominale, de l'amputation susvaginale du col de l'utérus, et de l'hystérectomie vaginale suivant les procédés du professeur Schrœder, de Berlin, par S. CLADO. (*Archives de médecine*, février.) — Un cas d'extirpation vaginale totale de l'utérus; guérison, par E.-J. ILL. (*New York med. Journ.*, p. 183.) — Technique de l'amputation susvaginale de l'utérus, par MEINERT. (*Wiener med. Woch.*, 17 oct.) — De l'extirpation de l'utérus, par DUNCAN. (*Obst. Transact.*, XXVII, p. 8.) — Le diagnostic clinique du cancer de l'utérus, par EDIS. (*Brit. med. Journ.*,

Digitized by Google

mars, p. 437.) — Le morcellement appliqué à l'ablation totale de l'utérus dans certains cas de tumeurs fibreuses et cancéreuses, par PÉAN. (*Gaz. des hôp.*, 21 janv.) — Traitement des cancers de la matrice par l'hystérotomie, par KŒBERLÉ. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er mars.) — Carcinome du col; extirpation totale de la matrice; guérison, par EUG. BŒCKEL. (*Ibid.*, 1er mars.) — Un cas d'extirpation totale vaginale de l'utérus cancéreux, par FISCHEL. (*Prager med. Woch.*, n° 3.) — Traitement palliatif du cancer utérin, par Mme GACHES SARRAUTE. (*Nouvelles Arch. d'obstét.*, 25 mars.) — Un cas d'amputation utéro-ovarienne pour des fibromes, pendant la grossesse; guérison, par A. PATTERSON. (*Glasg. med. Journ.*, p. 241.) — Extirpation vaginale de l'utérus cancéreux, par EBIS. (*Obst. Transact.*, XXVII, p. 2.) — Cancer de l'utérus, opération de Schrœder, par DUNCAN. (*Obst. Transact.*, XXVI, p. 27.)

V

Vaccin. — Étiologie du horse-pox, par KLEIN. (*Lancet*, 2 janvier.) — Des inoculations avec un mélange de vaccin humain et de liquides antiseptiques par MICHELSON. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, octobre 1885.)

Vagin. — Des maladies du vagin, par BREISKY. (In-8°, *Stuttgart.*) — Kyste vaginal, par TILLAUX. (*Trib. méd.*, 10 janv.) — Prolapsus vaginal simple élytro-périnéorraphie, par TRÉLAT. (*Gaz. des hôp.*, 16 janv.) — Prolapsus des parois vaginales dû à la déchirure du col et aux blessures du conduit vaginal, par EMMET. (*Med. News*, 23 janv.)

Vaisseaux. — Sur l'endothélium de la paroi interne des vaisseaux des invertébrés, par VIGNAL. (*Acad. des sc.*, 3 mai.)

Varicocèle. — Cure radicale du varicocèle, extirpation du plexus veineux spermatique, guérison, par CECI. (*La Riforma med.*, 19 mars.) — Traitement du varicocèle par la cautérisation, par PICQUÉ. (*Rev. de chir.*, 10 avril.) — Traitement du varicocèle par excision, par MAYO ROBSON. (*Brit. med.*, p. 389, fév.) — Six cas de varicocèle traités par l'incision scrotale et la ligature des veines, par W. MAC CORMACK. (*Brit. med. journ.*, p. 493, mars.)

Variole. — Variole et vaccination, par FAZIO. (*La Riforma med.*, 5 mars.) — Contre la variole, par VINAY. (*Lyon méd.*, 28 fév.) — Accouchement dans le cours d'une variole, sans infection de l'enfant, par ROBERT-BANNING. (*Brit. med. journ.*, p. 343, fév.) — Traitement de la variole par la médication éthérée opiacée, par DU CASTEL. (*Soc. méd. des hôp.*, 11 février.)

Vaso-moteur. — La pâleur et la rougeur, par MOSSO. (*Rev. scientif.*, 8 mai.)

Veine. — Sphygmographe différentiel pour la détermination de la circulation veineuse par influence, par OZANAM. (*Acad. des sciences*, 25 janv.) — Du pouls veineux et du pouls géminé, par DUROZIEZ. (*Union médicale*, 9 janv.)

Vessie. — De l'ischurie chez les accouchées et après l'ablation ou la ponction des grosses tumeurs du bas ventre, considérations sur le mécanisme de la miction, par SCHWARZ. (*Zeit. f. Geburtsh. und Gynaek.*, XII, 1.) — Des stigmates de maïs dans le traitement du catarrhe vésical, par SAINT-GEORGE.

Digitized by Google

(*Lancet*, 31 octobre 1885.) — Traitement de la cystite chronique, par CONNER. (*Cincinnati acad. of med.*, 29 mars.) — L'acculation et perforation de la vessie comme conséquence de la rétention chronique d'urine, par GOULEY. (*New York state med. assoc.*, 23 mars.) — Deux cas d'hématurie parasitaire, par MOORE. (*St-Barthol. hosp. rep.*, XXI, p. 89.) — De la tuberculose de la vessie, par BOURSIER. (*Thèse de Paris*, 15 fév.) — Une sonde aseptique pour le lavage de la vessie, par JAMES FOULIS. (*Brit. med. journ.*, p. 196, janv.) — Plaie pénétrante du rectum et de la vessie ; fistule recto vésicale, compliquée de calcul, opération, guérison, par BRIDDON. (*New York surg. soc.*, 22 déc. 1885.) — Du traitement chirurgical des calculs vésicaux chez la femme, par CURTIL. (*Thèse de Paris*, 27 mai.) — Lithotritie en une seule séance chez un garçon de 10 ans, par WALSHAM. (*Brit. med. journ.*, p. 742, avril.) — Un cas d'exstrophie de la vessie, par SPERINO et VARAGLIA. (*Giorn. della R. accad. di med. di Torino*, juillet 1885.) — Du traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie, par HEYDENREICH. (*Semaine méd.*, 20 janv.) — Des tumeurs de la vessie et de leur traitement par KUESTER. (In-8°, *Leipzig.*) — Des tumeurs vésicales, revue par MORI. (*Annali universali*, septembre 1885.) — Sarcome alvéolaire de la vessie opéré par la taille périnéale, par LANGTON. (*Lancet*, 26 décembre 1885.) — Carcinome villeux diffus de la vessie, par RELIQUET. (*Union médicale*, 23 janv.)

Vieillard. — De l'involution sénile, par BROUSSE. (*Thèse d'agrég. Paris.*)

Vin. — Sur la composition des eaux-de-vie de vin, par ORDONNEAU. (*Acad. des sciences*, 25 janv.) — Recherche dans les vins des rouges dérivés de la houille par les oxydes métalliques, par CAZENEUVE. (*Lyon méd.*, 11 avril.) — Sur l'emploi des oxydes métalliques pour reconnaître dans les vins les colorants dérivés de la houille, par CAZENEUVE. (*Acad. des sciences*, 4 janv.)

Vitré (Corps). — Recherches sur le corps vitré, par PAUL HAENSELL. (*Bull. de la clinique nationale d'ophtalm.*, III, 3, p. 177. — Un second cas de suffusion séreuse dans l'humeur vitrée, probablement due à la malaria, par SEELY. (*Transact. of the americ. ophthalm. soc.*, XXI, p. 64.) — Décollement du corps vitré, par MILLES JENNINGS. (*Ophthalm. hospit. reports*, XI, part. 1, p. 26.)

Digitized by Google

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Description d'une nouvelle région de substance grise située à la base de l'encéphale et non décrite par les auteurs, par J. LUYS (*Encéphale, n° 1, p. 5, 1886*).

Il existe autour du noyau rouge de Stilling une bandelette de substance grise, allongée, renflée à sa partie médiane et effilée à ses extrémités, légèrement curviligne, que Luys a signalée le premier et à laquelle il a donné le nom de bandelette accessoire du noyau rouge de Stilling. On peut suivre des fibres blanches venues de la substance corticale et qui se perdent dans cette bandelette accessoire. Elle est d'un blanc jaunâtre, d'une teinte mate, sa consistance est ferme, et elle est composée d'un réticulum de névroglie très dense et de petites cellules nerveuses, de forme nucléaire. DESCOURTIS.

Ueber einige bemerkenswerthe Elemente des Centralnervensystems von Lophius piscatorius (Nouvel élément du système nerveux chez le lophius piscatorius), par Gustav von FRITSCH (*Arch. für mikr. Anat. Bd. XXVII, Heft 1, p. 13-31*).

Trois faits sont consignés dans ce travail; ils ont pour la morphologie du système nerveux une importance capitale. Le premier signalé, et certes le plus intéressant, a été observé sur un tissu spongieux qui, chez la baudroie, recouvre en grande partie le quatrième ventricule. Dans ce tissu spongieux sont disséminées de gigantesques cellules nerveuses que traversent des vaisseaux capillaires sanguins et peut-être aussi lymphatiques; ils servent à la nutrition de ces cellules et à leur fixation; le protoplasma cellulaire est donc perforé par des voies sanguines; mais Fritsch n'a jamais vu ces capillaires aller jusqu'au noyau.

En second lieu, l'auteur décrit et figure des tubes nerveux de dimensions colossales dans des racines sensitive et motrice du trijumeau; il pense qu'il y a de même ailleurs participation de fibres de même nature et de même origine à des racines ou même à des nerfs différents, et fait ressortir toute l'importance de ces données pour l'interprétation des résultats que fournit la physiologie expérimentale.

Enfin il s'élève contre la réalité de cellules unipolaires, qui n'ont, à son avis, pas plus de sens que des cellules apolaires. Sur le ganglion de

Digitized by Google

Gasser du lophius, des cellules, qui au premier abord semblaient unipolaires, étaient en réalité pourvues de nombreux prolongements protoplasmiques qui traversaient la capsule de la cellule, mais qui n'ont pu être suivies plus loin. PRENANT.

Die Nervenkörperchen, ein neuer bisher unbekannter morphologischer Bestandtheil der peripherischen Nerven (Les corpuscules nerveux, un élément constituant non encore décrit des nerfs périphériques), par A. ADAMKIEWICZ (*Anzeiger der k. k. Akad. der Wissenschaften zu Wien*, n° 6, 1885).

Grâce à son procédé de coloration à l'aide de la safranine, Adamkiewicz est arrivé à déceler un élément constituant non encore signalé des nerfs périphériques de l'homme. Ce sont des cellules placées entre la gaine de Schwann et la gaine de myéline et réparties le long des nerfs à des distances inférieures à 1 millimètre 1/2. Sur les coupes transversales, elles ont la forme de croissants très gracieux ; de profil, elles paraissent fusiformes ; en bloc, elles ressemblent à des sabots d'enrayage. Longues de 3 millièmes de millimètre, larges de 15, épaisses de 5, elles ont des dimensions à peu près quadruples de celles des globules rouges. Sous l'influence de la safranine, elles prennent une double coloration. Leur noyau, qui forme un ovale allongé, devient violet, ainsi que la portion de cellule qui l'entoure, tandis que les portions périphériques des cellules, leurs pôles notamment, prennent un beau ton rouge orange.

Or, Adamkiewicz a reconnu que tous les nerfs rachidiens, ceux à myéline comme ceux sans myéline, renferment une substance se colorant aussi en rouge orangé par la safranine ; il l'a nommée substance chromoleptique. Il semble donc que le protoplasma des cellules nerveuses découvertes par Adamkiewicz soit aussi caractérisé par la présence de substance chromoleptique, fait d'autant plus important que les ganglions n'en contiennent point et se rapprochent beaucoup plus des substances conjonctives, tant à cause de leurs réactions en face de la safranine que de leur texture morphologique. J. B.

Die Vacuolenbildung in den rothen Blutkörperchen unter dem Einfluss von Chlorammonium und anderer Ammoniakverbindungen (La formation de vacuoles dans les globules rouges du sang sous l'influence du chlorure ammonique et d'autres composés ammoniacaux), par Wl. NIKOLSKY (*Arch. f. mikr. Anat. Bd. XXVII, Heft* 3).

On connaît déjà des « vacuoles » dans les noyaux des sphères de segmentation chez l'embryon de poulet, dans des cellules épithéliales vibratiles, dans des cellules ganglionnaires et dans les globules rouges de la grenouille. Mais jusqu'ici le développement de ces vacuoles n'a pas de cause connue ; leurs propriétés restent ignorées. Nikolsky nous apprend qu'en traitant les globules du sang d'un grand nombre d'animaux par du chlorure d'ammonium ou par diverses amines, on obtient la formation de vacuoles. Les caractères de ces vacuoles font penser qu'elles sont des bulles gazeuses. Le gaz paraît être de nature basique ; car les acides font disparaître les vacuoles. Bien plus il semble être le gaz ammoniac, ou, plutôt un dérivé ammoniacal à radical organique. L'auteur

Digitized by Google

indique, d'une façon précise, à quelle dose il convient de faire agir le chlorure ammonique, combien de temps ce réactif doit exercer son influence, lorsqu'on veut obtenir dans les globules rouges la formation de vacuoles. PRENANT.

Ueber die Blutgefässe der Herzklappen (Sur les vaisseaux sanguins des valvules du cœur), par Edmondo COEN (*Arch. für mikr. Anat., Band. XXVII, Heft* 3, *p.* 397-403).

Les recherches ont été faites sur des fœtus humains de cinq à huit mois, des enfants de quelques mois à un an, et sur des chiens et des chats; des injections de gélatine colorée par le bleu de Prusse ont été lancées dans les coronaires, ou dans une seule d'entre elles.

Dans les valvules semi-lunaires de l'homme, du chien et du chat, Coen n'a pas trouvé de vaisseaux; les capillaires de la paroi musculaire cardiaque se terminent au bord adhérent de la valvule par un réseau serré des plus évidents.

Dans les valvules auriculo-ventriculaires de l'homme, du chien et du chat, il en est tout autrement. Chez l'homme, on trouve toujours trois ou quatre vaisseaux au moins, qui, partant du bord adhérent de la valvule, pénètrent dans son épaisseur en formant un réseau capillaire; celui-ci se termine à la base des cordages tendineux par des extrémités libres ou en anse. D'autre part, des muscles papillaires montent des vaisseaux qui s'étendent jusque dans les tendons; mais jamais ces branches vasculaires ne s'anastomosent largement, comme l'ont voulu Luschka, Henle, Krause, avec les vaisseaux venus du bord adhérent de la valvule.

Les conclusions de Coen « les valvules semi-lunaires sont privées, les auriculo-ventriculaires pourvues de vaisseaux » concordent avec les résultats de Langer. PRENANT.

Neue Untersuchungen ueber den pupillenerweiternden Muskel der Säugethiere und Vögel (Nouvelles recherches sur le muscle dilatateur de la pupille des mammifères et des oiseaux), par J. DOGIEL (*Arch. für mikrosk. Anat. Bd. XXVII, Heft.* 3, *p.* 403-409).

L'auteur, reprenant des études qu'il a déjà entreprises en 1870, affirme d'abord que ses recherches anatomiques le conduisent à admettre l'existence d'un dilatateur de la pupille, chez les oiseaux et les mammifères. Ce muscle existe toujours, quoique très peu développé chez certaines espèces. Quand on détache avec le pinceau le pigment qui recouvre la face postérieur de l'iris, on observe que les couches profondes du pigment, restant adhérentes aux muscles, sont disposées en direction radiale et circulaire; prenant en quelque sorte l'empreinte des fibres musculaires sous-jacentes, elles en traduisent la direction; et déjà l'on peut constater par là l'existence de deux ordres de fibres musculaires. Mais on ne doit pas se contenter de cette observation qui n'a pas la valeur d'une démonstration absolue. On peut isoler les deux muscles constricteur et dilatateur et reconnaître directement leur présence et leur indépendance. Le dilatateur pupillaire n'est pas en effet seulement constitué par des fibres s'échappant en direction radiale des faisceaux du sphincter; chacun des muscles est situé sur un plan diffé-

Digitized by Google

rent, le dilatateur plus en arrière; chacun a son individualité. Ce n'est qu'à un faible grossissement qu'on pourrait croire du dilatateur qu'il prend naissance sur le sphincter par des anses (arcades de Kölliker.)

Dogiel s'élève ensuite contre une opinion émise par Koganei; d'après ce dernier, il y aurait toujours un certain rapport entre le développement du dilatateur et celui des vaisseaux sanguins de l'iris. Les données formés par Koganei n'autorisent pas, selon Dogiel, une semblable conclusion.

Après avoir anatomiquement montré qu'il y a un muscle spécial pour dilater la pupille, Dogiel fait voir qu'il est impossible d'expliquer, ainsi que certains auteurs l'ont fait, l'élargissement de la pupille par des contractions vasculaires, qui seraient sous la dépendance du grand sympathique. Zeglinski a montré que, chez les oiseaux, c'est la branche ophtalmique du trijumeau qui, excitée, dilate la pupille. Jegorow, sur le conseil de Dogiel, a fait des expériences qui sont de nature à refuser toute action dilatatrice au grand sympathique, et à reconnaître les nerfs dilatateurs dans des filets nerveux qui suivent les grands nerfs ciliaires. PRENANT.

Ueber circumvasale Safträume der Glaskörpergefässe von Rana esculenta (**Sur des espaces du suc circumvasculaires dans les vaisseaux du corps vitré de la rana esculenta**), **par W. ZIMMERMANN** (*Arch. für mikr. Anat., Band XXVII, Heft* 3, *p.* 410-418).

Par des injections de nitrate d'argent et de gélatine carminée dans les vaisseaux du corps vitré de la grenouille, l'auteur est arrivé à déterminer la formation de figures négatives et positives, superposées aux vaisseaux, dont la forme est celle-ci : c'est une plaque allongée dans le sens de l'axe du vaisseau, contenant souvent un noyau; elle émet transversalement des prolongements simples ou ramifiés; ces images n'existent pas tout autour du vaisseau, mais seulement sur celle de ses faces qui regarde le corps vitré. De telles figures rappellent les cellules que Rouget a décrites annexées aux vaisseaux de l'hyaloïde; de plus, autour de ces cellules règne un mince manchon de gélatine colorée, qui a la signification d'un espace plasmatique. L'auteur se range donc à l'opinion de Recklinghausen; ce sont des canaux du suc (avec cellules incluses), tels que l'entend Recklinghausen, qu'il a mis en évidence sur des faces des vaisseaux du corps vitré. Quant à la voie que le liquide a suivie pour aller imprégner ou colorer ces espaces et ces cellules, ce semble être par une rupture des vaisseaux qu'il a passé. PRENANT.

Untersuchungen ueber die « spindelförmigen Lücken » der physiologischen und pathologischen Augenlinsen (**Recherches sur les prétendues lacunes fusiformes du cristallin**), **par Severin ROBINSKI** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 23, *p.* 368, 8 *juin* 1885).

Otto Becker a signalé en 1883, entre les diverses couches du cristallin, l'existence à l'état normal de lacunes fusiformes, de dimensions variables, remplies d'une matière finement granuleuse.

A la suite de recherches pour contrôler ces résultats, Robinski déclare que ces lacunes sont des produits d'une macération prolongée dans le liquide de Müller, car on ne les retrouve pas sur les cristallins examinés

Digitized by Google

à l'état frais à l'aide du nitrate d'argent, ni sur ceux qu'on a fait séjourner dans une solution étendue d'acide chlorhydrique. Lorsque par hasard en manipulant les préparations, on détermine un écartement entre deux fibres ou tubes cristalliniens voisins, les lacunes ainsi formées accidentellement ne sont jamais remplies de matière granuleuse, laquelle résulte de l'issue du contenu coagulé des fibres du cristallin qui est également un phénomène de macération. J. B.

Sur le développement des tonsilles chez les mammifères, par RETTERER (*Comptes rend. Acad. des sciences*, 14 *décembre* 1885).

Malgré les grandes variétés de siège et de forme que présentent les tonsilles, et que l'auteur décrit soigneusement, le processus initial de leur formation est toujours le même. Il consiste en une poussée d'invaginations épithéliales dans le mésoderme où existent déjà les glandes en grappes sous-muqueuses. Jusque vers la fin de la vie fœtale, on constate que ces introrsions sont délimitées, du côté du tissu mésodermique, par une membrane semblable à la paroi propre des glandes en grappe, séparant constamment ces dernières du tissu lamineux qui les enveloppe. Mais, vers la fin de la gestation, le fond et les parties latérales des bourgeons épithéliaux, qui deviennent creux comme l'involution primitive, manquent de paroi propre. Le mésoderme qui les avoisine devient le siège d'une prolifération active de tissu cellulaire jeune. Celui-ci englobe des portions des involutions épithéliales et les sépare du bourgeon ectodermique; puis, le tissu cellulaire pénètre au milieu des éléments épithéliaux, de la périphérie vers le centre. Le réseau de tissu cellulaire est d'autant plus serré et les éléments épithéliaux, inclus dans ses mailles, sont d'autant moins abondants que l'animal est plus âgé. Les tonsilles représentent donc en somme un organe complexe : c'est un assemblage de glandes en grappes à conduits excréteurs et de glandes vasculaires sanguines qui en manquent, ces dernières étant constituées par la pénétration réciproque de tissu cellulaire et de tissu épithélial. M. D.

Ueber die morphologische Bedeutung der Pharynxdivertikel (Signification morphologique des diverticules du pharynx), par ALBRECHT (*Berlin. klin. Woch. n° 24, p.* 392, 15 *juin* 1885).

Il existe deux espèces de diverticules pharyngés, n'ayant rien de commun entre elles :

1° Les diverticules *latéraux* résultant de la persistance de l'orifice pharyngien de la seconde fente brachiale ;

2° Les diverticules *dorsaux*, situés entre l'œsophage et la colonne vertébrale.

Ceux-ci à leur tour se subdivisent en deux classes :

a) Les diverticules par *traction*, placés au niveau de la bifurcation de la trachée et attirés en quelque sorte hors de la paroi antérieure de l'œsophage, par un travail de cicatrisation consécutif à une adénite suppurée ;

b) Les diverticules par *pulsion*, qui se trouvent à la hauteur du vestibule du larynx. Ils ont été formés dans ce lieu de moindre résistance par une force inconnue. En effet, on ne peut regarder comme un résultat du ha-

Digitized by Google

sard le siège constant des 34 diverticules pharyngés par pulsion, réunis par Ziemssen et Zenker.

Or l'anatomie comparée nous apprend que chez divers mammifères, tels que l'éléphant et le porc, il existe précisément en ce point un diverticule normal.

Ce diverticule dorsal est le vestige de la vessie natatoire et son existence chez l'homme est un fait d'atavisme.

Il en est de même des canines et incisives humaines à double racine qui ne se retrouvent que chez les insectivores. J. B.

Sur la mesure de la surface respiratoire du poumon, par Marc SÉE (*Bullet. de l'Acad. de méd., t. XV, n° 8*).

D'après l'auteur, on peut considérer le réseau respiratoire comme une immense nappe sanguine, dont l'épaisseur est celle d'un corpuscule rouge du sang et dont l'étendue est égale, à peu de chose près, à celle de la surface des vésicules réunies. Sachant quel volume d'air renferme l'appareil respiratoire tout entier, si l'on en déduit l'air que contiennent les voies respiratoires (larynx, trachée, bronches et leurs ramifications), on aura le volume total des vésicules pulmonaires. Comme on connaît, d'autre part, le diamètre moyen des vésicules, il est facile de calculer approximativement le volume et la surface d'une vésicule pulmonaire considérée comme formant une petite sphère. Le rapport entre le volume total des vésicules et celui d'une vésicule unique exprime le nombre des vésicules que contient le poumon. En multipliant la surface d'une vésicule par ce nombre, on aura l'étendue de la surface respiratoire du poumon. Pour être exact, on devra défalquer préalablement de la surface de la petite sphère vésiculaire un quart ou un cinquième représentant l'orifice par lequel la vésicule s'ouvre dans la cavité commune du lobule pulmonaire.

C'est en procédant de cette manière que l'auteur arrive à évaluer le nombre des vésicules du poumon à 809 millions et demi. Kuss portait ce nombre à 1,700 ou 1,800 millions.

Quant à la surface respiratoire, elle mesurerait près de 81 mètres carrés, c'est-à-dire environ cinquante-quatre fois la surface du corps.

GASTON DECAISNE.

De la présence dans les reins, à l'état normal et pathologique, de faisceaux de fibres musculaires lisses, par JARDET (*Arch. de physiologie*, 15 *février* 1880).

Il existe dans le rein de l'homme, à l'état normal et à l'état pathologique, des faisceaux musculaires lisses en assez grande abondance. Ces faisceaux, d'après leur situation, peuvent être distingués en trois groupes: les uns sont périphériques, les autres doublent le bassinet et forment les muscles annulaires des papilles; d'autres enfin se détachent de la face profonde du bassinet, descendent les pyramides du sommet à la base en suivant le trajet des vaisseaux, et vont, comme les vaisseaux, se diviser à la base des pyramides où ils forment un réseau. A. GILBERT.

Digitized by Google

Ueber den Bau und die Thätigkeit der Drüsen. — Zur Kenntniss der Nierenorgane (Sur la structure et l'activité des glandes. — Sur la connaissance des organes rénaux), par M. NUSSBAUM (*Arch. für mikr. Anat., Band XXVIII, Heft* 3, *p.* 442-480).

Ce travail n'est, ainsi que la simple lecture de son titre le fait déjà voir, qu'une partie d'un mémoire étendu qui a paru en plusieurs fois dans les Archives de Schultze. Il se compose d'un certain nombre de chapitres traitant des points spéciaux et assez distincts de morphologie et de physiologie; il n'y est guère question que des reins des batraciens.

Après avoir rappelé l'état de la circulation rénale chez ces animaux, et insisté sur la présence du système veineux porte des reins, l'auteur décrit la structure des corpuscules de Malpighi et leur union avec le réseau testiculaire; sur ce dernier point, il affirme, contrairement à Spengel, que le réseau testiculaire s'ouvre chez la Rana esculenta dans la capsule de Bowmann même.

Dans un autre chapitre, il examine le développement des corpuscules de Malpighi, et la sécrétion des reins primitifs. A propos de l'organogenèse, il montre comment un bourgeon de l'aorte d'une part, un diverticule du canal de Wolff d'autre part, interviennent pour former l'appareil glomérulaire; tout ce processus se passe au sein d'un tissu adénoïde dont il ne restera d'ailleurs aucune trace plus tard, entre l'épithélium du glomérule et sa paroi capillaire. La sécrétion rénale s'effectue avant que le glomérule soit formé et doit donc être attribuée à l'activité des éléments épithéliaux des canaux de Wolff; Nussbaum décrit ces éléments, leur trouve des granulations rangées en séries, suivant le schéma d'Heidenhain et des bordures de poils en brosse, comme celles que Tornier a récemment étudiées. Dans le même chapitre, nous trouvons quelques données physiologiques intéressantes; elles sont fondées sur l'emploi des injections d'indigo dans le rein du triton, suivant la méthode d'Heidenhain; de ces recherches il résulte que la capsule de Bowmann et le collet à cellules vibratiles qui lui fait suite n'offrent pas de pigment bleu; sur la deuxième portion du tube urinifère, se présentent des grains bleu pâle disséminés sur les brosses qui hérissent les cellules; dans la quatrième portion, dont l'épithélium offre la structure en bâtonnets du protoplasma cellulaire, la lumière du tube est toute bleue; Nussbaum conclut de là que, dans cette dernière partie, l'urine se concentre, parce que l'eau lui est enlevée par l'épithélium. PRENANT.

Ein Beitrag zur mikroscopischen Anatomie der Nebennieren bei Saügethieren. (Contribution à l'anatomie microscopique des capsules surrénales chez les mammifères), par A. DOSTOIEWSKY (*Arch. für mikr. Anat., Bd. XXVII, Heft* 2, *p.* 272-295).

La limite entre la substance corticale et la substance médullaire est assez nette pour permettre l'étude séparée de ces deux régions.

Substance corticale. — Deux opinions ont été émises sur la nature de cette substance : Ecker en a fait un complexus de tubes glandulaires, limités chacun par une membrane propre; pour Kölliker, la substance corticale est un parenchyme, dont les éléments sont plongés dans un stroma conjonctif. Plusieurs auteurs, parmi lesquels Dostoiewsky, se

Digitized by Google

rallient à cette dernière opinion. Si l'on veut diviser la substance corticale en couches distinctes, en se fondant sur la disposition du stroma conjonctif, on ne devra pas, à l'exemple d'Arnold, en décrire trois, mais seulement deux : l'une où le tissu conjonctif forme un réseau à larges mailles ; l'autre, plus profonde, dont les espaces connectifs sont étroits. Souvent, d'ailleurs, ces deux variétés ne sont pas réparties suivant deux couches superposées, mais s'entremêlent dans toute l'étendue de la substance corticale. En général, la disposition du stroma est celle-ci : de la capsule d'enveloppe partent des travées puissantes qui convergent vers le centre de l'organe ; ces travées émettent par toute leur périphérie des faisceaux conjonctifs, qui, s'anastomosant ou plutôt s'entrelaçant, forment un réseau à larges mailles; ces réseaux entourent les travées comme autant de gaines; c'est là l'assise à larges mailles. Plus loin, vers la substance médullaire, les faisceaux connectifs se dissocient en filament très fins, qui forment un réticulum ; c'est la couche à mailles étroites (zone réticulaire d'Arnold.) Les éléments, inclus dans ce stroma, sont de deux sortes. Sous la capsule, et autour des travées qui en émanent, c'est-à-dire dans la couche à larges mailles connectives, ce sont des cellules allongées, disposées en une ou deux rangées entre deux travées voisines, et présentant un aspect épithélioïde. Les mailles étroites ne renferment chacune qu'une cellule, de forme polygonale, plus rarement plusieurs. A ce schéma de la substance corticale, l'auteur ajoute plusieurs particularités intéressantes. Çà et là, il a vu des amas de cellules paraissant en voie de régression, de forme étoilée ; v. Brunn, qui a décrit de pareils éléments, avait pensé que leurs prolongements se continuaient par les faisceaux connectifs. Les cellules de la substance corticale présentent des grains particuliers, qui ne semblent pas à l'auteur avoir les réactions de la graisse ; quand on place les cellules dans le baume de Canada, les grains s'y dissolvent, et la cellule paraît alors réticulée, criblée de lacunes que ces granulations occupaient. Enfin Dostoiewsky retrouve les tubes à contenu graisseux, découverts par Kölliker ; ces tubes sont remplis d'éléments ayant subi une dégénérescence graisseuse plus ou moins complète, et rappelant ceux des glandes sébacées; ces tubes forment chez le cheval une couche presque continue, visible à l'œil nu sous forme d'une strie blanche.

Substance médullaire. — Pour Mœrs, la substance médullaire ne mérite pas d'être distinguée de la substance corticale, dont elle offre tous les caractères. Pour les autres, elle en est bien distincte. Seulement les uns (Leydig, Luschka, Kölliker) décrivent tous ses éléments comme cellules nerveuses ; les autres (Jœsten, Henle) leur refusent une pareille nature. La majorité reconnaît que la substance médullaire renferme : un stroma dont la disposition est discutée, des cellules spéciales qui n'ont rien de commun avec des cellules nerveuses, un réseau de fibres nerveuses, de véritables cellules nerveuses, un réseau de vaisseaux propres, enfin des îlots d'éléments que Holm a décrits comme « de nature nerveuse douteuse ».

Sur une coupe transversale de la substance médullaire, on voit s'irradier de la veine centrale vers la périphérie, en même temps que de petits vaisseaux, des lamelles de faisceaux conjonctifs, qui s'entre-croisent pour former des mailles ; après un certain trajet centrifuge, ces

Digitized by Google

lamelles se dissocient en faisceaux délicats qui s'unissent les uns aux autres de façon à constituer de longs tubes. Toutes ces mailles sont occupées par des cellules qui, dans les tubes de la périphérie, sont disposées en séries, et affectent un arrangement épithélial; comme quelques-unes de ces cellules demeurent claires, et sont plus ou moins caliciformes, il en résulte une ressemblance éloignée avec l'épithélium intestinal. L'auteur insiste sur la propriété qu'ont les éléments de la substance médullaire de se colorer en brun sous l'influence des solutions chromiques; cette coloration tient à une substance contenue dans la cellule fraîche, mais qui se détruit ou se transforme aisément: car sur le cadavre la coloration ne se produit plus. Enfin, dans le présent travail, il est traité longuement de la question des éléments nerveux dans la substance médullaire. Les cellules nerveuses ont été niées par Arnold; au contraire, Leydig, Luschka considèrent presque toutes les cellules de la substance médullaire comme nerveuses. D'autres admettent des éléments spéciaux et des éléments nerveux. Quant aux cellules « nerveuses douteuses » de Holm, ce ne sont que des cellules de la substance corticale entraînées par les nerfs dans leur passage à travers cette substance. Les véritables cellules nerveuses n'existent que dans la substance médullaire, et pas dans la couche corticale; elles sont accolées à des nerfs, ou en sont distinctes, et alors isolées, ou par groupes ganglionnaires. L'auteur n'a pas retrouvé entre ces cellules et celles de la substance médullaire les formes de passage signalées par Brunn. Il n'a pas vu davantage les « nids cellulaires » centres de néoformation de cellules nerveuses, que J. Mayer a surtout décrits. Par contre il signale des phénomènes de destruction des cellules nerveuses; les capsules qui les enveloppent seraient envahies par des cellules médullaires qui atrophieraient par compression la cellule nerveuse et prendraient sa place. PRENANT.

Ueber Bürstenbesätze an Drüsenepithelien (Sur les bordures en brosse des cellules épithéliales glandulaires), par Oscar TORNIER (*Arch. für mikr. Anat. Bd. XXVII, Heft* 2).

Les épithéliums que Tornier a surtout examinés sont: l'épithélium des glandes de l'estomac et l'épithélium rénal. Le réactif fixateur employé était l'alcool ou le sublimé en solution aqueuse concentrée; les préparations étaient colorées par l'hématoxyline et le bichromate d'ammoniaque, suivant la méthode d'Heidenhain.

1° *Glandes de l'estomac.* — Chez les Amphibiens urodèles, leurs cellules, qui rappellent les cellules de bordure des mammifères, ont leur surface libre garnie d'un liséré régulier de courts poils, ressemblant au plateau à bâtonnets de cellules de l'épithélium intestinal. L'auteur propose pour cette formation le nom de: « bordure en brosse ». Chez le crapaud, l'orvet et le lézard, ces bordures existent également. Leur constatation est plus difficile chez les mammifères; cependant l'auteur les a vues chez la souris, le lapin.

Ces brosses n'offent pas de mouvement vibratile.

Elles ne se manifestent que pendant la digestion; cela résulte de nombreuses recherches faites par Tornier sur des animaux à l'état de jeûne et ayant mangé. Aussi peut-on penser que ces bordures en brosse ont

Digitized by Google

un rôle dans la sécrétion et ne sont pas simplement des cellules vibratiles, restes embryonnaires sans fonction.

2° *Reins.* — Les mêmes bordures en brosse existent dans la partie du tractus urinifère qui correspond chez les Amphibiens aux tubuli contorti des mammifères, et dans ces tubuli contorti des mammifères eux-mêmes. L'auteur n'est pas de l'avis de Klein, qui, ayant décrit ces brosses dans la portion initiale du tube contourné de la souris, n'y veut voir que des cils vibratiles, rappelant les garnitures ciliées que présentent les cellules rénales des batraciens dans la portion de tube adjacente à la capsule de Bowmann. Dans certains états pathologiques, Marchand avait rencontré de semblables lisérés, qui depuis ont été vus par Cornil, Brault et Langhans.

En supprimant la sécrétion urinaire, si ces brosses y jouent un rôle, on pouvait espérer les faire disparaître. C'est ce que Tornier a essayé de faire par différentes méthodes, mais sans résultat certain.

Il termine en rappelant que les bordures en brosse sont connues sur les cellules des glandes de Lieberkühn, qu'elles ont été décrites dans le canal intestinal des crustacés, dans l'organe de Bojanus, des Lamellibranches, le foie du cloporte et de l'écrevisse, et il pense qu'en présence d'une répartition si vaste de ces bordures dans des glandes si variées, étant donné d'autre part leurs variations suivant l'état d'activité ou de repos de la glande, on ne peut nier que leur rôle dans la sécrétion soit des plus importants. PRENANT.

Beitrag zur Anatomie des männlichen Genitale (Contribution à l'étude anatomique de l'organe génital mâle), par E. FINGER (*Viertelj. f. Derm. u. Syphilis, p.* 89, 1885).

Le tissu érectile du gland est bridé par une couche fibreuse, dont les éléments ont une direction générale, convergeant du sillon coronaire vers l'orifice urétral. Il suit de cette disposition que pendant l'érection les fibres se déplissent en quelque sorte comme les branches d'un éventail, et que le diamètre transversal de l'organe croît beaucoup plus que le diamètre antéro-postérieur. La tunique fibreuse est surmontée d'une couche papillaire dont les saillies, nombreuses et filiformes au voisinage de la couronne, deviennent plus larges et aplaties vers l'extrémité libre de l'organe. Au-dessus des papilles s'étend le réseau de Malpighi et une mince lame cornée formée de deux ou trois rangées de cellules plates. Au niveau de la couronne du gland, le revêtement épithélial n'est pas toujours assez abondant pour niveler les espaces interpapillaires, d'où l'aspect plus ou moins verruqueux qu'offre parfois cette région.

Bien que les recherches de l'auteur aient porté sur quatorze sujets, jamais il n'a rencontré de glandes proprement dites. On voit simplement autour du méat et dans le sillon coronaire des dépressions, dont les parois ont la même structure, le même épithélium que les parties non déprimées de la muqueuse et n'ont, par conséquent, pas de propriétés sécrétoires spéciales. Les glandes dites de Tyson ne sont pas autre chose que ces cryptes par dépression. Quelques follicules lymphatiques, à peine gros comme une tête d'épingle, sont disséminés en petit nombre dans le sillon coronaire, principalement autour des glandes de Tyson.

Sur les pièces bien injectées, les coupes fines permettent de voir que

Digitized by Google

l'enveloppe du gland peut, au point de vue de la vascularité, se diviser en deux zones, l'une profonde, simplement traversée par des artérioles, qui s'épanouissent en se ramifiant dans la couche dite superficielle. L'auteur explique le peu de vascularité de la couche profonde par l'absence de glandes sébacées et sudoripares. Le réseau sanguin pénètre jusqu'au sommet des papilles, les branches terminales sont superposées à des capillaires lymphatiques affectant une distribution analogue, mais plus profondément situés. Ces différents détails sont bien visibles sur quatre belles planches annexées à ce travail. H. DANLOS.

Recherches sur l'appareil génital des vieillards, par E. DESNOS (*Ann. des mal. des org. gén. urin., février* 1886).

Le liquide renfermé dans les vésicules séminales des vieillards contenait des spermatozoïdes dans la moitié des cas observés par l'auteur, sans que l'âge semblât exercer une influence directe sur la présence ou l'absence de ces éléments, qui ont été constatés même chez un vieillard de 94 ans.

Fréquemment, l'absence des spermatozoïdes d'une vésicule est liée à l'oblitération du canal déférent correspondant, dans quelques cas, des canaux de l'épididyme (vers la queue le plus souvent); et cette oblitération serait due non pas à l'âge, ni à l'athérome artériel, ni à un épanchement liquide périphérique, mais à une dilatation veineuse du cordon (surtout du groupe postérieur ou funiculaire), qui commencerait vers 60 ou 65 ans et même plus tôt, se poursuivant dans les veines périépididymaires jusque dans celles du parenchyme.

L'oblitération des canaux spermatiques est tout d'abord purement mécanique; mais, bientôt il se produit un accolement des conduits épididymaires; puis la transformation fibreuse de l'épididyme s'effectue.

L'atrophie du testicule chez le vieillard est due peut-être à la dilatation des veines antérieures du cordon, mais surtout à l'épanchement fréquent de sérosité dans la vaginale, qui, sans être indépendant d'un œdème généralisé, ne lui est pas proportionnel : il est causé soit par la présence dans la cavité vaginale d'un corps fibreux, libre ou pédiculé, soit par un épaississement des culs-de-sac supérieurs de la vaginale, qui forme obstacle à la circulation en retour. R. JAMIN.

Ueber das Winden (Achsendrehung Torsion) beim Wachsthum der Thiere (Torsion sur l'axe dans le développement des animaux), par FRUST FISCHER (*Cent. f. Chir. n°* 13, *p.* 217, 1886).

La plupart des os du squelette humain sont tordus sur leur axe; ceux de la moitié droite du corps sont tordus de droite à gauche (*linkspiralig*); ceux de la moitié gauche sont tordus de gauche à droite (*rechtsspiralig*). L'auteur a poursuivi ses recherches dans la série animale et a trouvé le même mouvement de torsion, sauf sur la mâchoire inférieure des ruminants, les orteils des animaux à pieds bifides et de quelques oiseaux, les métacarpiens des éléphants.

Ces traces de torsion spirale se trouvent non seulement chez l'homme, mais aussi chez les animaux dans les muscles, les nerfs, les vaisseaux, les organes de la digestion, etc. Si bien qu'on peut dire que le développement des animaux, comme celui des plantes, est soumis aux lois de la

Digitized by Google

torsion spirale, de telle façon que la moitié droite du corps subit la torsion à gauche, et la moitié gauche la torsion à droite. Dans les organes impairs, formés de deux moitiés, il est de règle que l'une des deux torsions prenne le dessus.

Pour ce qui est des os, la torsion spirale se manifesterait même dans la disposition des travées osseuses.

L'auteur émet l'hypothèse que la force de torsion spirale appartient aux cellules elles-mêmes; et il voudrait le démontrer par l'étude des mouvements des cils vibratiles et des organes analogues du labyrinthe.

PIERRE DELBET.

Eine neue Darstellungmethode des elastischen Gewebes der Haut (Nouvelle préparation du tissu élastique de la peau), par UNNA (*Monatshefte f. prakt. Dermat.*, *n°* 6, *p.* 243, 1886).

L'auteur emploie successivement l'acide osmique et les violets d'aniline acides. Les fragments de peau sont durcis dans l'acide osmique, puis dans l'alcool. Les coupes faites, on les plonge dans une solution saturée de dahlia à laquelle on ajoute goutte à goutte de l'acide nitrique étendu de dix fois son poids d'eau, jusqu'à l'apparition du précipité vert. Quand celui-ci est bien caractérisé, on y ajoute de l'alcool de façon à le faire passer au bleu clair.

Les coupes séjournent 24 heures dans la solution bleue, elles y deviennent bleu foncé, on les décolore dans l'eau acidulée par l'acide acétique ou dans l'acide acétique pur. Celui-ci respecte la coloration des fibres élastiques qui restent bleu foncé, à condition qu'elles aient été préalablement attaquées par l'acide osmique.

Ce procédé fournit des préparations plus belles encore que celles de Balzer. Il permet de vérifier la description très précise de cet auteur : distribution des fibres élastiques autour des muscles de la peau, des vaisseaux, des canaux glandulaires; guirlandes formées dans le corps papillaire, etc.

L. GALLIARD.

PHYSIOLOGIE.

Ueber die Bedeutung der hinteren Commissur des Gehirns. Vorläufige Mittheilung (Sur la signification de la commissure postérieure du cerveau), par L. DARKSCHEWITSCH (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXVI, p.* 639).

Les expériences de Darkschewitsch ont été entreprises à la suite de recherches histologiques qui avaient établi des relations anatomiques entre les fibres ventrales de la commissure postérieure et les nerfs des muscles de l'œil. Darkschewitsch résume de la façon suivante, dans sa communication préliminaire, les résultats des expériences de section pratiquées sur le lapin :

1° La section sagittale complète pratiquée sur la ligne médiane de la

Digitized by Google

commissure postérieure amène régulièrement une dilatation considérable des deux pupilles ;

2° La section sagittale de la commissure pratiquée latéralement (entre la commissure et le *ganglion habenulal*) provoque du côté opéré une dilatation considérable de la pupille et du côté opposé une diminution de la réaction de l'iris ;

3° La section sagittale de la partie postérieure du *thalamus opticus*, parallèlement à la limite du *ganglion habenulal* affaiblit la réaction iridienne du côté opposé (quand on éclaire directement l'œil). La réaction reste normale, quand il s'agit de mouvements associés, c'est-à-dire quand on éclaire l'autre œil ;

4° La lésion des deux tiers postérieurs des corpuscules quadrijumeaux supérieurs, par une section faite suivant la ligne médiane, ne change pas l'état de la pupille.

Darkschewitsch a développé et modifié ces différentes propositions dans un travail ultérieur (*Archiv fur die gesammte Physiologie*, Band XXXIII, p. 120-141). Il termine par les conclusions suivantes :

Toute lésion de la commissure postérieure entraîne une diminution de l'excitabilité des deux nerfs oculomoteurs. L'importance de l'affaiblissement des réflexes de l'iris dépend de l'étendue de la lésion des fibres de la commissure postérieure.

La destruction complète de la commissure postérieure supprime complètement l'excitabilité de deux oculomoteurs et équivaut à leur section complète au point de vue des réflexes de l'iris. Une lésion incomplète et asymétrique de la commissure postérieure diminue l'excitabilité des deux oculomoteurs, principalement de celui qui appartient au côté plus fortement lésé. L. F.

Delle vie di conduzione centrifuga cerebro-spinali (Des voies de conduction centrifuge cérébrospinale), par J. NOVI et D. BALDI (*Lo Sperimentale, mars*, 1886).

Une excitation unilatérale de la zone corticale, excitable, du cerveau produit toujours, lorsque l'excitation est légère, un mouvement unilatéral croisé ; quand l'excitation est plus forte, il se produit un mouvement bilatéral qui peut s'étendre aux quatre extrémités. Dans ce dernier cas, ce sont d'abord les muscles des membres du côté opposé qui se contractent les premiers, puis ceux du côté correspondant à celui de l'excitation. Quand on pratique une hémisection de la moelle, le phénomène est interverti : les muscles se contractent d'abord du côté correspondant à l'excitation, si l'hémisection a été faite du côté opposé.

Sur un chien auquel on a enlevé l'un des gyrus sigmoïdes, quand on excite l'autre gyrus, on obtient des mouvements bien moins marqués du côté opposé au gyrus enlevé. Si l'on pratique ensuite une hémisection de la moelle, au niveau de la dernière vertèbre dorsale, du côté de l'ablation du gyrus, et qu'on excite la substance corticale du côté opposé, les mouvements disparaissent à peu près complètement du côté de l'excitation.

Sur un chien auquel on a enlevé le corps calleux, on produit des mouvements bilatéraux ; mais ceux du côté de l'excitation sont à peine appréciables. L'hémisection spinale, chez ce chien, est suivie d'une disparition

Digitized by Google

à peu près complète des mouvements des deux membres du côté où se fait l'excitation.

Sur un chien auquel on a coupé d'un côté les racines postérieures des nerfs crural et sciatique, on observe une forme différente de mouvements dans les deux membres postérieurs, quand on excite la zone excitable correspondante au côté où sont coupées les racines postérieures.

De leurs expériences, les auteurs tirent la conclusion qu'il existe des voies de conduction intraspinales et intracérébrales pour la transmission centrifuge à la moelle épinière des excitations des centres moteurs de la substance corticale d'un hémisphère cérébral. F. HENNEGUY.

Ueber den Einfluss veraenderter Muskelerregbarkeit auf die Folgen der mechanischen Muskelreizung (Influence qu'exercent les modifications de l'excitabilité musculaire sur les suites des excitations mécaniques portées sur les muscles), par K. MILRAD (*Archiv für experim. Pathologie und Pharmak., B. XX. H. 3 et 4, p.* 217, 1885).

L'auteur a étudié sur des grenouilles l'influence qu'exerce l'état de l'excitabilité électrique sur la facilité avec laquelle les excitations musculaires mécaniques déterminent, soit des secousses, soit la contraction idiomusculaire (contraction locale), soit des contractions se propageant de part en part, sous forme d'un mouvement ondulatoire. Les expériences ont été faites sur des arrière-trains de grenouilles dont une des pattes était soumise à une tétanisation (par voie indirecte), ou à l'action du chlorate de soude, de la vératrine, du chloroforme (injectés sous la peau), substances qui produisent une augmentation de l'excitabilité musculaire ; ou bien celle-ci était accrue dans l'une des pattes au moyen d'injections sous-cutanées de carbonate de soude, de salicylate de physostigmine ou de caféine pure. Les excitations mécaniques étaient exercées sur les muscles de l'autre patte, au moyen d'un appareil spécial imaginé par l'auteur, et qui se compose essentiellement d'un levier à deux bras un peu inégaux ; le bras le plus long est muni d'une arête mousse en étain, par l'intermédiaire de laquelle les chocs sont portés sur le muscle à explorer. L'autre bras est fixé à un ressort en spirale et se meut sur un cadran gradué en parties égales. Cette disposition permet de mesurer avec une grande exactitude le degré de tension communiqué au ressort, dont l'élasticité, mise en jeu, imprimera un mouvement de bascule au levier : de là un coup sec porté sur le muscle par le long bras de l'instrument. Naturellement l'appareil doit être placé de telle sorte qu'il y ait toujours une distance, aussi petite que possible, entre le long bras du levier et le muscle à explorer.

Les recherches de l'auteur démontrent qu'on développe plus facilement la simple secousse musculaire lorsque l'excitabilité du muscle a été préalablement augmentée; que le contraire a lieu pour la contraction idiomusculaire; que la contraction en forme de mouvements ondulatoires succède plus souvent aux excitations mécaniques, quand l'excitabilité du muscle a été préalablement augmentée; il en est de même pour les contractions fibrillaires. Toutefois, sur des muscles dont l'excitabilité a été préalablement abaissée à l'aide de la vératrine, on observe constamment une forme spéciale de contractions fibrillaires très prolongées, dont la durée va jusqu'à une minute. Elles se distinguent précisément des contractions

Digitized by Google

fibrillaires communes, par leur extrême lenteur, qui fait qu'on a toute facilité de suivre et d'observer les secousses partielles dont l'enchaînement constitue un accès de contraction fibrillaire. E. RIGKLIN.

Sulle modificazioni della circolazione del sangue nel cervello durante la narcosi chloroformica e per gli eccitamenti periferici (Modifications de la circulation cérébrale pendant le sommeil chloroformique et par les excitations périphériques), par CARLE et MUSSO (*Rivista clin. di Bol.*, n° 1, 1886).

Les auteurs ont eu comme sujet d'expériences un homme âgé de 50 ans présentant une solution de continuité du crâne dans la région occipito-pariétale. Il résulte de leurs expériences que sous l'influence des inhalations de chloroforme la tonicité des vaisseaux du cerveau diminue progressivement; il y a ralentissement de la circulation et congestion veineuse.

Pendant la période de complète narcose et d'anesthésie, on voit persister la diminution de la tonicité des vaisseaux du cerveau et le ralentissement de la circulation, mais la congestion est remplacée par de l'anémie artificielle. Ce dernier état ne se modifie pas lorsque la conscience et la sensibilité reparaissent, d'où il résulte qu'il ne suffit pas pour expliquer l'anesthésie par le chloroforme, mais que probablement celle-ci est due à l'action directe du choloroforme sur les centres nerveux.

L'anesthésie ne soustrait pas entièrement les centres nerveux à l'action des fortes irritations périphériques; celles-ci augmentent passagèrement la tonicité des vaisseaux du cerveau et accélèrent la circulation de cet organe. Ce travail est accompagné de 15 tracés graphiques.

F. BALZER.

Ueber die wechselseitige Beziehung zwischen den Temperatur-Schwankungen im äusseren Gehörorgane und dem Blutkreislaufe im Gehirn (Sur les relations réciproques des variations de la température du conduit auditif externe et de la circulation cérébrale), par S.-S. ISTAMANOFF (*Archiv f. d. gesammte Physiologie, Band XXXVIII, p.* 113).

Un certain nombre de physiologistes (Mendel, 1874, Wassiljeff, 1884, etc.) ont pris les variations de température du conduit auditif externe comme mesure des variations de la température et de la circulation du cerveau. Cependant, Schüller (1874), Mosso (1881), et d'autres avaient montré qu'il existe un véritable antagonisme entre la circulation cérébrale et la circulation périphérique.

Istamanoff constate d'abord que chez l'homme les variations de température du conduit auditif externe suivent exactement les changements de température d'une extrémité, lorsqu'on soumet l'autre extrémité à l'action d'un bain chaud ou froid. Abaissement de la température par un bain froid, élévation de la température par un bain chaud. Ceci est conforme à ce qu'avait trouvé Wassiljeff. Par contre, Istamanoff constate chez un individu, dont le cerveau était à nu par suite d'une perte de substance du frontal, que le bain froid, qui fait baisser la température du conduit auditif externe, dilate le cerveau et ses vaisseaux, que le bain chaud élève la température de l'oreille et rétrécit au contraire les vaisseaux du cerveau. Il y a donc antagonisme entre la circulation cérébrale et la circulation périphérique à laquelle appartiennent les vaisseaux du

Digitized by Google

conduit auditif externe. Ceci est contraire aux données admises par Wassiljeff, mais en parfait accord avec les observations cliniques sur les effets exercés par les bains chauds sur la circulation cérébrale.

LÉON FREDERICQ.

Recherches sur les fonctions du nerf de Wrisberg, par VULPIAN (*Comptes rend. Acad. des sciences*, 23 *nov. et* 28 *déc.* 1885).

La faradisation du nerf facial dans le crâne (nerf facial et nerf intermédiaire de Wrisberg) produit sur le voile du palais une vasodilatation qui paraît devoir être attribuée à l'action du nerf de Wrisberg ; en effet la muqueuse du voile reçoit ses fibres nerveuses des nerfs palatins qui proviennent du ganglion de Meckel, et l'un de ces nerfs palatins, le postérieur, se présente comme le prolongement du grand nerf pétreux superficiel, lequel, émanant du ganglion géniculé, est formé essentiellement par le nerf de Wrisberg.

D'autre part, comme la sensibilité gustative du voile du palais n'est pas douteuse, on doit se demander quelle part y prennent ces mêmes filets venus du nerf de Wrisberg par le trajet susindiqué. La réponse à cette question est donnée par l'étude d'un malade atteint d'hémiplégie alterne ; les muscles faciaux étant paralysés à droite, la sensibilité gustative de la langue est intacte du côté gauche, mais affaiblie à droite ; la moitié droite du voile du palais a ses muscles paralysés et, en même temps, les saveurs y sont moins bien senties (saveurs amères, quinine) que sur la moitié gauche. Ce malade ayant succombé, on a trouvé à l'autopsie, conformément aux prévisions cliniques, une tumeur du volume d'une noisette, siégeant dans la partie supérieure de la moitié droite du bulbe et comprimant les fibres intrabulbaires du nerf facial.

Chez ce malade et chez un autre présentant un cas très semblable, on constatait une hémianesthésie dans la moitié du tronc et dans les membres du côté opposé à la lésion bulbaire ; mais dans l'un des cas l'hémianesthésie s'étendait à la moitié de la face de ce même côté opposé ; dans l'autre cas, la sensibilité cutanée était diminuée dans la moitié de la face correspondant au côté lésé du bulbe. Ces différences s'expliquent en ce que dans le premier cas la tumeur laissait intacte la racine descendante du nerf trijumeau et comprimait probablement les voies par lesquelles les impressions conduites par le trijumeau gauche, après avoir passé de la moitié gauche du bulbe dans la moitié droite, gagnent l'hémisphère cérébral pour y être perçues ; tandis que dans le second cas il s'agissait d'un ramollissement atteignant la racine descendante du trijumeau. Quant à l'anesthésie des téguments de la moitié du tronc et des membres du côté opposé à la lésion bulbaire, elle avait pour cause, dans les deux cas, la lésion des fibres sensitives qui s'entre-croisent d'un côté à l'autre, à la partie inférieure du bulbe. Et, en effet, la section transversale d'une moitié du bulbe rachidien produit chez les animaux une hémianesthésie alterne.

M. DUVAL.

I. — Recherches prouvant que le nerf trijumeau contient des fibres vasodilatatrices dès son origine, par VULPIAN (*Comptes rend. Acad. des sciences*, 16 *nov.* 1885).

II. — Nouvelles recherches sur l'origine des fibres nerveuses glandulaires et

Digitized by Google

vaso-dilatatrices qui font partie de la corde du tympan et du nerf glosso-pharyngien, par VULPIAN (*Ibid.*, 2 *nov.* 1885).

I. — En faradisant le trijumeau avec un courant faible dans le crâne, entre son émergence et le ganglion de Gasser, on provoque constamment la rougeur de la muqueuse des lèvres, des joues et des glandes du côté correspondant. On peut se convaincre facilement que cette vaso-dilatation est bien due à l'excitation du trijumeau lui-même et non à celle des nerfs voisins; en effet, ni l'excitation du facial, ni celle du glosso-pharyngien, ou du pneumo-gastrique, ou du spinal, ne modifie l'état vasculaire de la lèvre; puis, dès qu'on porte l'excitation sur le trijumeau, la muqueuse labiale devient le siège d'une congestion très accusée. L'existence de fibres nerveuses vaso-dilatatrices dans le trijumeau, dès le point même où il sort de la protubérance annulaire, ne peut donc plus être mise en doute.

II. — En agissant avec des courants faibles pour la galvanisation des nerfs dans le crâne, on peut éviter toute diffusion de l'excitation et on peut alors se convaincre que les fibres nerveuses glandulaires et vaso-dilatatrices contenues dans la corde du tympan sortent du bulbe au niveau du facial (nerf de Wrisberg), et qu'aucune d'elles n'émane du trijumeau. Les fibres de même ordre que le glosso-pharyngien donne à la parotide existent dans ce nerf dès qu'il sort de la moelle allongée.

M. DUVAL.

Recherches sur la provenance réelle des nerfs sécréteurs de la glande salivaire de Nuck et des glandules salivaires labiales du chien, par VULPIAN (*Comptes rend. Acad. des sciences*, 28 *déc.* 1885).

La glande salivaire molaire supérieure, dite glande de Nuck, entre en sécrétion par l'excitation du nerf buccal, ainsi que l'a démontré Heidenhain. Pour rechercher si ces fibres nerveuses excito-sécrétoires appartiennent, en réalité, au trijumeau ou si elles proviennent d'autres nerfs, par voie d'anastomose, Vulpian a faradisé dans l'intérieur du crâne le trijumeau, le facial et le glosso-pharyngien. Il résulte de ces expériences que les nerfs sécrétoires de la glande de Nuck et des glandules des lèvres et des joues proviennent du glosso-pharyngien comme ceux de la parotide. Ils émanent du rameau de Jacobson, se rendent au ganglion otique et de là se jettent dans le nerf buccal, tandis que les filets destinés à la parotide s'unissent au nerf temporal superficiel ou auriculo-temporal.

M. DUVAL.

In welcher Beziehung stehen Leitung und Erregung der Nervenfaser zu einander? (Quelle relation y a-t-il entre la conductibilité et l'excitabilité des fibres nerveuses?), par Ed. HIRSCHBERG (*Arch. f. d. ges. Physiologie, Bd. XXXIX, p.* 75).

La conductibilité nerveuse consiste-t-elle simplement dans la propagation à travers le nerf de l'ébranlement moléculaire qui constitue l'essence de l'excitation? Ou bien faut-il admettre que le transport de l'excitation à travers les différentes sections du nerf est caractérisé par un autre processus moléculaire que celui de l'excitation? Les expériences d'Hirschberg (comme celles de plusieurs autres physiologistes) parlent en faveur de la seconde alternative.

Digitized by Google

On prépare une patte de grenouille avec son nerf; une portion de l'extrémité inférieure périphérique du nerf est anesthésiée par l'action locale de CO^2. L'excitabilité de la partie anesthésiée diminue rapidement, puis est tout à fait abolie; cependant sa conductibilité reste intacte. En effet, l'excitation électrique reste sans effet quand on l'applique sur la partie anesthésiée et provoque, au contraire, des secousses normales quand on la fait agir sur le bout central situé au-dessus de la partie empoisonnée. Si l'on soustrait le bout périphérique à l'action toxique, son excitabilité reparaît bientôt.

On peut, dans ces expériences, remplacer l'action de CO^2 par celle du froid sur le bout périphérique. Les résultats sont analogues : diminution de l'excitabilité du bout périphérique, excitabilité intacte du bout central, ce qui implique la conservation de la conductibilité du bout périphérique.

LÉON FREDERICQ.

Nouvelles expériences sur le sens thermique, par HERZEN (*Rev. méd. Suisse romande, p.* 608, *oct.* 1885).

Herzen a le premier montré, par des observations faites sur l'homme (*R. S. M.*, XXIV, 414, et XXVII, 416) que, dans la moelle épinière, la voie suivie par les impressions de chaud et les impressions de froid n'est pas la même ; les premières suivent, comme la chaleur, la substance grise; les dernières, comme la sensibilité tactile, les cordons postérieurs.

Blix (*R. S. M.*, XXIV, 412) a ensuite découvert qu'il y a des organes périphériques spéciaux pour ces deux genres d'impressions.

Il était intéressant de voir comment se comporteraient à cet égard les animaux ayant subi une lésion cérébrale ou médullaire unilatérale, abolissant chez eux la sensibilité tactile : extirpation de la région excitable de la couche corticale ou section des cordons postérieurs.

Les animaux (des chats), parfaitement guéris de l'opération, n'offrant plus que les symptômes de l'anesthésie tactile des extrémités d'un côté, ont été soumis au contact d'objets chauds et d'objets froids.

A une chaleur douce, ils ne donnèrent aucune réaction; au contraire ils accusaient de la douleur, et cela des deux côtés, lorsque la chaleur était trop forte.

Au froid, ils réagissaient très vivement du côté qui possédait la sensibilité tactile normale, et point du tout du côté où cette sensibilité était abolie.

Ces expériences prouvent à nouveau :

1° Qu'une lésion cérébrale qui abolit le toucher abolit en même temps la sensibilité au froid.

2° Que les symptômes étant les mêmes en cas de lésion médullaire ou cérébrale, cette dernière n'intéresse pas la motilité, mais la sensibilité.

J. B.

I. — Experiments on the character of the muscular contractions which are évoked by excitation of the various parts of the motor tract (Expériences sur le caractère des contractions musculaires provoquées par l'excitation des différentes parties du tractus moteur), par Victor HORSLEY et E.-A. SCHÄFER (*Journ. of Physiolog., vol. VII, p.* 96).

II. — On the rhythm of muscular response to volitional impulses in man (Sur le

Digitized by Google

rythme de la contraction musculaire volontaire chez l'homme), par E.-A. SCHÄFER, CANNEY et TUNSTALL (*Journ. of Physiology, vol. VII, p.* 111).

I. — Horsley et Schäfer étudient, au moyen de la méthode graphique, les contractions musculaires qui se produisent dans les membres chez le chien, le chat, le lapin et le singe à la suite d'excitations électriques (séries de chocs d'induction de l'écorce cérébrale, de la couronne rayonnante ou de la moelle épinière). Quelle que soit la fréquence des chocs d'induction (à moins que cette fréquence ne descende au-dessous de 10 à la seconde) appliqués sur les centres nerveux, les mouvements provoqués représentent invariablement un tétanos incomplet résultant de la fusion d'environ 10 secousses élémentaires à la seconde. Les contractions musculaires volontaires ou réflexes correspondent également au même rythme de 10 excitations élémentaires et 10 secousses à la seconde.

Si l'excitation électrique atteint directement le nerf moteur, le tétanos musculaire provoqué ainsi est formé, comme on sait, d'autant de secousses élémentaires qu'il y avait d'excitations à la seconde.

II. — Schäfer, Canney et Tunstall inscrivent chez l'homme les contractions volontaires du muscle opposant du pouce et constatent que le myogramme ainsi obtenu correspond également au tétanos incomplet formé de 10 secousses élémentaires à la minute. L. FREDERICQ.

I. — Sur la période d'excitation latente de quelques muscles lisses de la vie de relation chez les invertébrés, par H. DE VARIGNY (*Compt. rend. Acad. des sciences, 7 septembre* 1885).

II. — Sur le tétanos rythmique chez les muscles d'invertébrés, par DE VARIGNY (*Arch. de physiologie, 15 février* 1886).

I. — Il y a, chez les invertébrés, des muscles de la vie de relation tout à fait comparables, au point de vue de la période latente, de la durée de la contraction et de la production du tétanos aux muscles lisses des vertébrés ; par contre il y a, chez les céphalopodes et les vers, des muscles lisses de la vie de relation qui sont entièrement assimilables aux muscles striés, sous tous les points de vue sus-énoncés. Entre ces deux catégories de muscles, à structure histologique identique, et qui diffèrent cependant au point de vue physiologique autant que diffèrent les fibres striées des fibres lisses, chez les vertébrés supérieurs, on observe tous les passages ; c'est-à-dire que les différences histologiques ne sauraient être invoquées pour expliquer les différences physiologiques que l'on a établies entre le tissu strié et le tissu lisse, puisque ces dernières peuvent disparaître complètement. M. D.

II. — Le tétanos rythmique peut s'observer dans des muscles divers ; Ranvier l'a vu dans le muscle cardiaque de la grenouille et du lapin ; Ch. Richet l'a vu chez l'écrevisse ; Trivon chez la grenouille ; Romanes chez le rhizostome ; l'auteur en a constaté l'existence chez divers crustacés ; il l'a trouvé particulièrement développé chez le rhizostome, et à un moindre degré chez l'élédone et la seiche, animaux à fibres lisses. Le phénomène paraît beaucoup plus développé là où l'action musculaire normale est habituellement rythmique, ce qui indiquerait que le rythme est inhérent au muscle même, puisque le rythme se manifeste et parfois

Digitized by Google

d'une façon éclatante et exclusive dans des expériences faites sur des muscles séparés des ganglions nerveux. Á cet égard, le tissu musculaire des méduses se rapproche du tissu cardiaque; tous deux forment une catégorie de muscles dans lesquels se trouvent développées, à un haut degré de perfection, des propriétés physiologiques qui se rencontrent sur d'autres muscles striés, ou lisses, mais dans une bien moindre proportion; il n'y a pas chez eux création de propriétés nouvelles; il y a développement particulier et prépondérant d'une propriété générale, mais peu accentuée, comme le pensent Brown-Séquard et Ranvier.

A. GILBERT.

Physiologie du tétanos des muscles striés, par ADUCIO (*Arch. ital. de Biol. t. VII, fasc. 2, p.* 292).

D'après l'auteur, le muscle blanc du lapin peut répondre par autant de secousses à un nombre d'excitations qui se trouve entre 75 et 86 par seconde, c'est-à-dire que le muscle blanc pour entrer en tétanos demande à être excité au moins 86 fois par seconde. Le muscle rouge du lapin peut répondre à 20 excitations par seconde; pour un plus grand nombre d'excitations, il entre en tétanos. Le muscle blanc aurait donc besoin pour se tétaniser d'un nombre d'excitations quatre fois plus grand que celui exigé par le muscle rouge. Le minimum de la durée d'une secousse d'un muscle blanc du lapin est une fraction comprise entre 1/76 et 1/86 de seconde; le minimum de la durée d'une secousse d'un muscle rouge est une fraction quatre fois plus grande, environ soit 1/20 de seconde. Les chiffres trouvés par Ranvier, tant pour les muscles blancs que pour les muscles rouges, seraient donc trop grands, au dire de l'auteur; ceux trouvés par Kronecker et Stirling, au contraire, trop petits.

C. GIRAUDEAU.

Ueber den Einfluss der Schwere auf Kreislauf und Athmung (Influence de la pesanteur sur la circulation et la respiration), par R. BLUMBERG (*Archiv f. d. gesammte Physiologie, Band XXXVII, p.* 467).

Blumberg mesure la pression sanguine chez des lapins et des chats placés tantôt horizontalement, tantôt verticalement, la tête en haut ou la tête en bas. Les changements d'attitude sont obtenus en faisant tourner tout l'animal avec son support autour d'un axe horizontal passant au niveau de la pointe du cœur, axe que Blumberg considère comme correspondant à ce qu'il appelle le point d'indifférence hydrostatique de l'appareil vasculaire. Le manomètre à mercure conserve une position fixe par rapport à cet axe.

Dans ces conditions Blumberg observe le maximum de pression manométrique quand l'animal est couché sur le dos. La pression baisse dès qu'on relève la tête de manière à placer l'animal verticalement; elle baisse également quand on relève le train postérieur de manière à placer l'animal verticalement la tête en bas. La pression baisse assez fortement au moment même du changement d'attitude, elle se relève ensuite un peu sans atteindre jamais son niveau primitif. Cette influence de l'attitude sur la pression artérielle est indépendante de l'intégrité des pneumogastriques; elle persiste donc après leur section.

Digitized by Google

En ce qui concerne l'influence de l'attitude sur le nombre des pulsations cardiaques, Blumberg confirme les faits généralement connus : diminution du nombre des pulsations par augmentation du tonus du pneumogastrique lorsque l'animal est placé la tête en bas (augmentation de pression sanguine à l'intérieur du crâne); augmentation du nombre des pulsations par diminution de l'action modératrice du pneumogastrique quand l'animal a la tête en haut (diminution de pression dans la cavité crânienne). Les effets sont les mêmes que ceux d'une saignée ou d'une transfusion.

L'élévation de la tête de l'animal diminue la fréquence respiratoire, l'abaissement de la tête augmente le nombre des mouvements respiratoires. Cet effet ne se montre plus après la section des pneumogastriques (confirmation des expériences de Salathé).

L'explication de l'influence de l'attitude sur la pression sanguine et sur le rythme respiratoire reste encore à trouver. L. F.

I. — **Ueber Zucker im Blute mit Rucksicht auf Ernährung (Influence de l'alimentation sur la quantité de sucre du sang), par SEEGEN** (*Arch. für die gesammte Physiologie, Bd. XXXIX, p.* 121).

II. — **Ueber die Fähigkeit der Leber, Zucker aus Fett zu bilden (Sur le pouvoir que possède le foie de former du sucre au moyen de graisse)** (*Ibid. Bd. XXXIX, p.* 132).

Ces dernières publications de Seegen se rapportent principalement à l'influence que la graisse exerce sur la formation du sucre dans le sang. L'auteur montre que la graisse se transforme en sucre dans le foie.

Il résume lui-même dans le tableau suivant l'ensemble des résultats auxquels il est arrivé dans ses longues recherches sur la proportion de sucre contenue dans le sang du chien.

NATURE de L'ALIMENTATION.	QUANTITÉ DE SUCRE EN 0/0 DANS LE SANG.			EXCÉDENT DE SUCRE DANS LA VEINE HÉPATIQUE	
	Carotide.	Veine porte.	Veine hépatique.	Absolu.	Relatif en 0/0.
Ordinaire.....		0.119	0.230	0.111	93
Abstinence.....	0.157	0.147	0.260	0.113	76
Fécule.....	0.150	0.147	0.261	0.114	77
Sucre.....	0.165	0.186	0.265	0.079	42
Dextrine et sucre..	0.176	0.258	0.327	0.069	26
Viande.....	0.155	0.141	0.281	0.140	99
Graisse.....	0.128	0.114	0.217	0.113	90

Seegen croit avoir établi les propositions suivantes :

1° Le sang qui revient du foie contient constamment plus de sucre que le sang qui y est amené.

2° La quantité de sucre formée dans le foie est indépendante de la quantité de sucre ou d'hydrocarbonés de l'alimentation.

3° Le glycogène du foie n'intervient pas dans la formation du sucre hépatique.

Digitized by Google

4° L'albumine et la graisse sont les matériaux aux dépens desquels se forme le sucre dans le foie. (Voy. *R. S. M.*, XXVII, 424). LÉON FREDERICQ.

Beiträge zur Physiologie des Glycogens (Contribution à la physiologie du glycogène), par ROEHMANN (*Archiv für die gesammte Physiologie, Bd. XXXIX, p.* 21).

Röhmann fait des dosages comparatifs de glycogène dans le tissu hépatique de plusieurs séries de lapins soumis à la même alimentation hydrocarbonée, mais recevant en outre les uns de l'asparagine, les autres du glycocolle ou du carbonate d'ammoniaque. Ces différentes substances favorisent la formation de glycogène dont la proportion augmente dans le foie. Par contre, le lactate d'ammoniaque et le carbonate de sodium se montrèrent sans influence sur la glycogénèse hépatique. L. FREDERICQ.

Zur Methodik der Darstellung von Pepsinextracten (Sur la préparation des extraits de pepsine), par PODWYSSOZKI (*Arch. für die gesammte Physiologie, Band XXXIX, p.* 62).

Podwyssozki a fait, sous la direction de Grützner, quelques expériences sur l'activité digestives des solutions acides (HCl) ou glycériques obtenues par macération de la muqueuse gastrique du lapin et du chat. Il admet que la pepsine se trouve dans cette muqueuse sous trois formes : A) *pepsine* ordinaire soluble dans la glycérine et l'acide chlorhydrique, agissant immédiatement sur la fibrine; B) *propepsine* soluble dans la glycérine et l'acide chlorhydrique, sans action directe sur les albuminoïdes, mais se transformant facilement en pepsine par l'action de l'acide chlorhydrique; C) *autre variété de propepsine*, insoluble dans la glycérine, soluble dans l'acide chlorhydrique et s'y transformant également en pepsine. L'extrait le plus actif (contenant A et la pepsine provenant de la transformation de B et de C) s'obtient par macération *prolongée* de la muqueuse dans HCl dilué.

La glycérine (action prolongée à basse température) dissout A et B et fournit un extrait dont la puissance digestive immédiate n'est pas très forte (action de la pepsine A), mais qui par son contact avec HCl acquiert une puissance digestive plus considérable (action de la pepsine formée aux dépens de B venant s'ajouter à A). La puissance digestive de l'extrait glycérique additionné ultérieurement d'acide chlorhydrique (A+B) est inférieure à celle de l'extrait préparé directement par Hcl (A+B+C).

La muqueuse épuisée par la glycérine, lui ayant cédé A+B, peut encore fournir avec HCl un liquide assez actif (action du produit de transformation de C sous l'influence du contact prolongé de l'acide chlorhydrique).

La conservation à l'air (pendant 24 heures) de la muqueuse augmente considérablement la proportion de pepsine et de propepsine que l'on peut ultérieurement en extraire par HCl ou par la glycérine. Non seulement la propepsine se transforme à l'air en pepsine, mais il semble se former de nouvelles quantités de propepsine (contact de l'oxygène). Le contact de la muqueuse fraîche avec l'alcool est extrêmement nuisible à l'activité digestive des extraits glycériques ou acides qu'on en prépare ultérieurement.

L'extrait le plus actif s'obtient en traitant par l'acide chlorhydrique

Digitized by Google

(à 1 pour 1,000) la muqueuse conservée à l'air pendant 24 heures en présence d'une substance antiseptique (camphre, acide salicylique).

LÉON FREDERICQ.

Experimentelle Untersuchungen über die Physiologie der Darmsecretion (Recherches expérimentales sur la physiologie de la sécrétion intestinale), par Arthur HANAU (*Zeitschrift für Biologie, XXII, p.* 194-235, 1886).

Hanau a repris chez le chien les expériences d'Armand Moreau sur la sécrétion paralytique qui s'établit à la surface de l'intestin à la suite de la section des nerfs du mésentère. Les principaux résultats de son travail peuvent être formulés de la façon suivante :

1° La sécrétion qui s'établit dans l'intestin grêle à la suite de la section des nerfs mésentériques suit une marche presque typique ; elle commence immédiatement, ou, au bout d'un petit nombre d'heures, se maintient ensuite dans une phase stationnaire, ou augmente même un peu, puis diminue rapidement à partir de la quatrième ou de la cinquième heure après l'opération. Plus tard la diminution est plus lente et aboutit graduellement à un minimum ou même à la cessation complète de la sécrétion.

2° Le produit de sécrétion devient de plus en plus riche en flocons blanchâtres formés de corpuscules muqueux. Ces flocons peuvent manquer au début ou n'exister qu'en fort petite quantité.

3° Le suc intestinal obtenu par paralysie des nerfs est semblable au suc ordinaire fourni par une fistule intestinale de Thiry. Il ne contient pas de ferments digestifs. On l'a, bien à tort, considéré comme un produit de transsudation.

4° Après une sécrétion paralytique prolongée, l'aspect de l'intestin rappelle celui de l'intestin des cholériques dans les premiers stades.

5° La quantité de liquide sécrété peut égaler la masse totale du sang de l'animal.

6° Une sécrétion très abondante peut amener la mort de l'animal, sans qu'il y ait un stade d'algidité bien marqué.

7° Les corpuscules muqueux de l'intestin sont, pour la grande partie, constitués par le contenu des cellules caliciformes dont l'élimination au dehors est facilitée par le contact du liquide alcalin sécrété par l'intestin.

LÉON FREDERICQ.

Ein Versuch über die Netzhautperipherie als Organ zur Warnehmung von Bewegungen (Expérience sur la perception des mouvements au moyen de la périphérie de la rétine) par Sigm. EXNER (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXVIII, p.* 217).

On suspend une bougie allumée à un pendule assez long (oscillations de 1 à 2 secondes) et pendant qu'elle exécute des oscillations d'une dizaine de centimètres d'amplitude, on fixe un point situé à une distance suffisante de la flamme pour que celle-ci soit vue sous un angle de 45 degrés environ et peigne, par conséquent, son image à la périphérie de la rétine.

Si l'on cherche à évaluer l'amplitude des oscillations, on indiquera généralement une longueur deux ou trois fois trop forte. Le mouvement perçu à la périphérie de la rétine est donc considérablement amplifié. Si

Digitized by Google

l'on regarde alternativement le pendule, puis le point éloigné, il semblera que la flamme se meuve tantôt lentement, tantôt rapidement, ou exécute alternativement de petites et de grandes oscillations.

Toute lampe suspendue d'appartement peut servir à répéter l'expérience. LÉON FREDERICQ.

Einiges Anatomisches aus der Gehörschnecke u. s. w. (Notes anatomiques sur le limaçon et sa fonction dans l'ouïe, par VOLTOLINI (*Arch. f. path. An. u. Phys. Band C, Heft* 1, *p.* 27).

L'auteur n'admet pas l'hypothèse du clavier pour expliquer la fonction de l'organe de Corti, il ne pense pas que chacune de ses parties soit chargée de la réception d'un son particulier. Il le considère comme une sorte de ligament suspenseur soutenant des cellules et des nerfs qui, chacun, participent a la perception de toutes les vibrations sonores. L'altération d'une partie restreinte diminue non pas le nombre des notes perçues, mais l'intensité du son entendu. Il signale, en outre, ce fait que les vaisseaux pénètrent dans la substance des dents et des saillies de la lame spirale du limaçon. Il reproduit diverses figures montrant ce détail anatomique chez divers animaux. P. GALLOIS.

CHIMIE MÉDICALE.

Weitere Beiträge zur Chemie des Zellkerns (Nouvelle considération sur la chimie du noyau des cellules), par KOSSEL (*Zeischrift für physiologische Chemie, Band X, p.* 248).

Mischer a trouvé dans le jaune de l'œuf une substance qu'il a nommée nucléine. Plus tard Bunge a aussi préparé ce corps avec le jaune de l'œuf et a reconnu qu'il contenait du fer. Il a appelé ce corps hématogène et à cause de la présence du fer, il a supposé que la nucléine devait se trouver dans la matière colorante du sang.

Ce sujet n'a été ensuite étudié que par les physiologistes ; leurs opinions étaient partagées. Mais leurs recherches ont conduit Kossel a comparer la nucléine du jaune de l'œuf avec celle du noyau des cellules. Il a étudié surtout leurs produits de décomposition. .

Il a reconnu que la nucléine de l'œuf et celle du lait ne sont pas identiques avec la nucléine des cellules; celle de l'œuf et celle du lait se décomposent avec les acides étendus bouillants en ne formant pas de bases riches en azote ; celle du noyau produit au contraire et donne de la guanine, de l'hypoxanthine, etc.

Mais pendant le développement de l'embryon, la nucléine de l'œuf devient capable de produire des bases riches en azote, comme s'il se formait une addition d'un groupe d'atomes riches en azote. On fit l'expérience sur sept œufs de poule couvés pendant 15 jours dont le poids des embryons était de 30 grammes correspondant à 2,967 de substance

Digitized by Google

sèche. Par l'ébullition avec de l'acide sulfurique, on trouva 0,0084 de guanine, 0,0195 d'hypoxanthine et peut-être aussi de l'adénine.

Tichomiroff a vu également que la quantité de guanine et d'hypoxanthine, etc., augmente considérablement pendant l'incubation des œufs du bombyx mori.

Il faut donc en résumé distinguer la nucléine des noyaux qui contient des bases riches en azote, de la nucléine de l'œuf et du lait qui n'en renferme pas.

Adénine (*R. S. M.*, XXVI, 38; XXVII, 444). Pour préparer l'adénine on broya 75 livres de pancréas avec 200 litres d'eau distillée additionnée pour 100 parties d'eau, de 0,5 d'acide sulfurique. On fit bouillir pendant 3 ou 4 heures; on enleva l'acide sulfurique par de l'eau de baryte concentrée bouillante, sans en ajouter en excès, et le liquide fut filtré. On précipite par une solution de nitrate d'argent.

Le précipité volumineux fut privé de la majeure partie de son eau en le mettant sur des plaques poreuses d'argile. On l'a dissous avec addition d'un peu d'urée dans de l'acide nitrique du poids spécifique de 0,1 et on chauffa la solution au bain-marie. L'adénine, la guanine, etc. entrèrent en solution. Après le refroidissement, l'adénine, la guanine et l'hypoxanthine se déposèrent de la solution nitrique filtrée à l'état de sel double d'argent. Le précipité blanc d'argent fut recueilli, lavé sur un filtre, et décomposé par l'hydrogène sulfuré. On filtra pour séparer le sulfure d'argent, le liquide fut évaporé et décomposé par un excès d'ammoniaque pas trop considérable. On abandonna 24 heures au repos pour qu'une partie de l'ammoniaque se volatilisât. Il se déposa alors de la guanine et la majeure partie de l'adénine pendant que l'hypoxanthine et une petite partie de l'adénine restait en solution. Quelquefois cette dernière partie se déposa par un long repos, généralement il fut nécessaire d'évaporer la solution ammoniacale, d'épuiser le résidu avec de l'ammoniaque étendue qui enleva l'hypoxanthine et laissa l'adénine insoluble.

Le précipité obtenu par l'ammoniaque fut dissous à l'aide de la chaleur dans l'acide chlorhydrique étendu; par le refroidissement, il se déposa de longues aiguilles de chlorhydrate de guanine que l'on recueillit sur un filtre. Par une évaporation plus prolongée il apparut des aiguilles plus courtes et plus épaisses de chlorhydrate d'adénine. Elles furent séparées mécaniquement du chlorhydrate de quassine. Le chlorhydrate d'adénine, purifié par plusieurs recristallisations, fut additionné d'ammoniaque qui mit la base en liberté. Celle-ci fut soumise à une dernière purification en la transformant en chlorhydrate que l'on décomposa de nouveau par l'ammoniaque.

Ultérieurement l'auteur, pour séparer l'adénine de la guanine, employa le moyen suivant. Il satura d'ammoniaque le liquide séparé du sulfure d'argent et le fit digérer au bain-marie. L'adénine et l'hypoxanthine entrèrent en solution pendant que la guanine resta indissoute; par le refroidissement l'adénine se déposa.

L'adénine cristallisa en larges aiguilles. Ces cristaux deviennent opaques quand on les a abandonnés à l'air ou mieux encore lorsqu'on les chauffe.

En les chauffant avec une quantité d'eau insuffisante pour les dissoudre, ils se troublent. Cette réaction caractérise l'adénine cristallisée. En

Digitized by Google

versant un acide sur ces cristaux, ils deviennent opaques. Sa formule est $C^5H^5Az^5$.

L'adénine est facilement soluble dans l'alcool, peu dans l'eau froide, et se dépose cristallisée par le refroidissement. Les sels d'adénine avec l'acide sulfurique et l'acide chlorhydrique cristallisent dans l'eau sans perdre leur acide comme la xanthine et l'hypoxanthine. Aussi la solution de ces sels a une réaction acide.

Le sulfate d'adénine $(C^5H^5Az^5)^2H^2SO^4$ cristallise par refroidissement avec 2 molécules d'eau $(C^5H^5Az^5)^2H^2SO^4 + 2H^2O$.

Il forme également des sels avec l'acide nitrique et l'acide oxalique. Ce dernier est moins soluble que les oxalates de guanine, de xanthine et d'hypoxanthine.

Leur combinaison avec l'argent est peu soluble. Une solution ammoniacale d'adénine est précipitée à froid par une solution ammoniacale d'un sel d'argent; le composé a pour formule $C^5H^4Az^5Ag$ quand il se dépose par refroidissement.

Il se forme une autre combinaison d'adénine et d'argent semblable à celles qui produisent la guanine et l'hypoxanthine quand on dissout la combinaison d'adénine et d'argent dans l'acide nitrique. Il se forme des cristaux $C^5H^5Az^5AgAzO^3$.

Formation de l'hypoxanthine avec l'adénine. 39gr45 d'adénine furent dissous dans 100 centimètres cubes d'eau contenant 7 grammes d'acide sulfurique concentré et chauffé au bain-marie pendant qu'on ajoutait 6 grammes de nitrite de soude dissous dans l'eau ; la solution fut chauffée et maintenue quelques instants à l'ébullition, la solution fut saturée par l'ammoniaque et précipitée par une solution ammoniacale de nitrate d'argent; le précipité cristallisa dans l'acide nitrique chaud. Le sel d'argent fut décomposé par l'hydrogène sulfuré et filtré ; par évaporation on obtint d'abord des cristaux d'hypoxanthine et ensuite du nitrate d'adénine non décomposé.

Cette réaction est semblable à celle qui a permis à Fischer de transformer la guanine en xanthine (voir le tableau, *R. S. M.*, XXVII, p. 444).

L'adénine offre des rapports avec l'acide cyanhydrique dont elle représente la formule cinq fois condensée.

Quand on la chauffe avec de la potasse au bain-marie à 100°, il se forme en effet une quantité considérable de cyanure de potassium.

Formation de l'adénine avec la nucléine. La parenté de l'adénine avec l'hypoxanthine rendait vraisemblable que l'adénine serait un produit de décomposition de la nucléine et resterait un produit intermédiaire dans la formation de l'hypoxanthine par la nucléine.

On fit l'expérience en mettant 60 grammes de nucléine dans 500 grammes d'eau, avec 2cc,5 d'acide sulfurique, chauffant et traitant la partie dissoute par la méthode précédemment décrite pour préparer l'adénine, on obtint 0,3123 grammes ou 0,52 0/0 de nucléine.

Considérations physiologiques. L'adénine se trouve dans les plantes, il en existe une grande quantité dans les feuilles de thé dont on l'extrait en traitant l'infusion par l'acétate de plomb, enlevant le plomb à la solution filtrée par l'acide sulfurique, rendant alors la solution alcaline et précipitant par le nitrate d'argent, puis continuant comme il est dit plus haut. L'auteur suppose que la nucléine ne préexiste pas dans les feuilles de

Digitized by Google

thé, mais qu'elle est le produit de décomposition d'une substance encore inconnue.

Dans l'extrait de viande, l'adénine ne se trouve pas ou en très faible quantité; cela peut s'expliquer parce que les muscles ne contiennent pas de noyau de cellules. E. HARDY.

Chemische Untersuchung der Nervensubstanz (Recherches chimiques sur la substance des nerfs), par Joséphine CHEVALIER (de New York) (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Bd X, p.* 97).

On trouve, après la mort, dans la substance blanche du nerf sciatique beaucoup de lécithine et peu de cérébrine.

En calculant la matière grasse comme acide oléique et en la défalquant du poids total, on arrive, pour la composition en centièmes des fibres nerveuses blanches, aux chiffres suivants pour cent :

Cérébrine	11,30
Lécithine	32,57
Cholestérine	12,22
Albumine	36,80
Névrilemme et autres substances solubles dans NaOH	4,04
Neurokératine	3,07

E. H.

Venöse Hämoglobinkristalle (Hémoglobine veineuse cristallisée), par M. NENCKI et N. SIEBER (*Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft, Bd XIX, p.* 126).

L'hémoglobine veineuse, caractérisée par une seule bande d'absorption, n'a point été obtenue cristallisée. Les auteurs sont parvenus à la préparer et à l'isoler en cristaux en se servant de sang putréflé. Ils prennent de l'oxyhémoglobine cristallisée provenant de sang de cheval, la dissolvent dans une certaine quantité d'eau, ajoutent à la solution quelques centimètres cubes de sang pourri, et placent le mélange dans un vase fermé par un bouchon percé de deux trous, l'un servant à l'entrée, l'autre à la sortie d'un courant d'hydrogène que l'on fait passer dans l'appareil pour enlever tout l'air. Les tubes qui servent à l'introduction et la sortie sont ensuite fermés à la lampe. La petite quantité d'air qui pourrait rester est absorbée par les bactéries. On chauffe les tubes de 20 à 25° pendant 8-14 jours. La solution prend une teinte rouge violacée et contient seulement de l'hémoglobine réduite. On refroidit les tubes et on introduit environ 25 0/0 d'alcool absolu. On ferme les tubes d'entrée et de sortie et on abandonne le ballon à la température de 5-10° pendant douze ou vingt-quatre heures. Il se dépose sur les parois du vase des cristaux d'hémoglobine cristallisée en prismes à 6 faces, qui ont jusqu'à 2-3 millimètres de longueur. Ces cristaux présentent la bande d'absorption unique de l'hémoglobine réduite. Ils jouissent de la double réfraction. Les plus gros ont une teinte rouge violet, les petits sont verdâtres. Abandonnés à l'air, ils perdent leur couleur violette et montrent alors les deux bandes d'absorption de l'oxyhémoglobine.

Les cristaux sont en petites tables à 6 faces et plus solubles dans l'eau que ceux d'hémoglobine. E. HARDY.

Digitized by Google

A contribution to the clinical study of the liver viewed through the urine, par G. OLIVER (*The Lancet*, 18 *et* 25 *avril et suiv.* 1885).

Dans la première partie de son mémoire, l'auteur insiste sur l'importance qu'il peut y avoir en certains cas à reconnaître cliniquement la présence des sels biliaires (indépendamment des matières colorantes) dans l'urine, et après avoir démontré l'insuffisance et le peu de sûreté du réactif de Pettenkofer (acide sulfurique et sucre de canne), généralement employé dans ce but, il propose un autre réactif, dont la sûreté et la délicatesse ne laissent selon lui rien à désirer; c'est une solution de peptone acidulée dont voici la formule :

Peptone pulvérisée (de Savery et Moore)...	1gr,80
Acide salicylique.....	0gr,24
Acide acétique.....	LX gouttes.
Eau distillée	240 grammes.

Une partie d'urine renfermant des sels biliaires en proportion pathologique donne, lorsqu'on l'introduit dans trois parties du réactif en question, une opalescence proportionnée à la teneur en sels biliaires. Une ou deux gouttes d'acide acétique ajoutées au mélange font disparaître le précipité; l'ébullition le fait diminuer mais non disparaître.

Selon l'auteur, ce réactif est si sensible qu'il décèle la présence d'une partie de sels biliaires dans 18,000 ou 20,000 parties de solution de chlorure de sodium; d'autre part, il est absolument sûr et nulle autre substance contenue normalement ou pathologiquement dans l'urine ne donne une réaction semblable.

Pour se servir du réactif en question, il faut avoir de l'urine transparente. On aura donc soin, si elle renferme des urates en excès, de la chauffer préalablement; si elle est troublée par des phosphates, on l'acidifiera très légèrement à l'aide d'un papier à l'acide citrique, ou, mieux encore, on la filtrera; enfin, si elle contient du sang ou de l'albumine, on la filtrera après l'avoir chauffée. D'autre part, on aura soin de la ramener, par évaporation ou par addition d'eau distillée, à une densité constante de 1,008; cette précaution est nécessaire pour permettre des comparaisons exactes. On fait tomber vingt gouttes de l'urine ainsi préparée dans soixante gouttes du réactif, et, s'il y a des sels biliaires en excès, on voit aussitôt apparaître un précipité lactescent; ce précipité manque ou ne se produit que faiblement et tardivement quand la proportion des sels biliaires est inférieure ou égale à la normale.

Pour doser les sels biliaires on prend cent vingt gouttes du réactif et on y verse l'urine goutte à goutte jusqu'à ce que l'opacité obtenue soit exactement semblable, sous une même épaisseur, à celle d'une solution d'alumine dans l'ammoniaque spécialement préparée par l'auteur pour servir de point de comparaison.

Dans une seconde partie, beaucoup trop longue pour être analysée complètement, l'auteur, à l'aide de son réactif, étudie l'élimination des acides biliaires par l'urine dans l'état physiologique et pathologique.

H. BARTH.

Digitized by Google

Zum Kenntniss der Gallensäuren (Étude sur les acides de la bile), par SCHOTTEN (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band X, p.* 175, 1886).

Les expériences faites dans ces derniers temps sur les acides de la bile par Jacobsen, Hammerstens et surtout Baeyer, conduisent à faire admettre que l'acide anthropocholique diffère de l'acide cholique du bœuf par le moins de solubilité de son sel de baryte.

D'après l'analyse de ce sel cristallisé dans l'éther de pétrole, l'acide anthropocholique a pour composition $C^{18}H^{28}O^4$. Enfin l'acide cholalique de l'homme diffère de composition avec l'acide chlolalique du bœuf $C^{24}H^{40}O^5$, du cochon $C^{25}H^{40}O^4$, et de l'oie $C^{27}H^{44}O^4$.

Les recherches de l'auteur l'ont conduit à des résultats différents. Il a constaté qu'en préparant avec beaucoup de soin du cholalate de baryte avec de la bile humaine et soumettant les cristaux à l'analyse, il arrivait en effet à des chiffres assez rapprochés de ceux de Baeyer. Mais il y avait une cause d'erreur tenant surtout à la présence d'une petite quantité d'eau.

Lorsque, au contraire, les cristaux étaient parfaitement desséchés, l'analyse du sel de baryte, du sel de magnésie et celle de l'acide libre l'a conduit à la formule $C^{24}H^{40}O^5$ ce qui assimile complètement l'acide cholalique de la bile de l'homme à celui de la bile du bœuf. Il a également reconnu que les sels des acides préparés avec la bile de l'homme et celle du bœuf, avaient les mêmes formes cristallines.

On sait que quelquefois le sel de baryte de l'acide cholalique ne cristallise pas. L'auteur explique ce fait par l'existence d'un autre acide plus riche en carbone dont le sel de baryte a pour formule $(C^{25}H^{41}O^4)^2Ba$. Cette composition est celle de l'acide choléinique de Latschinoff, et c'est probablement ce même acide qui, mélangé à l'acide cholalique, a troublé les résultats des analyses anciennes de Strecker et de Otto.

Il résulte donc des recherches de Schotten que l'acide anthropocholalique est un mélange d'acide cholalique ordinaire et d'un acide plus riche en carbone et en hydrogène et plus pauvre en oxygène.

Quant à la différence de solubilité des sels de baryte de l'acide cholalique de la bile d'homme, de bœuf, d'oie, l'auteur espère prouver bientôt qu'elle est due à des mélanges en quantité variable d'acide cholalique et d'acide choléinique.

On sait, d'après les recherches de Strecker, d'Hoppe Seyler, que l'acide cholalique perd deux molécules d'eau à 300° et se transforme en dyslysine $C^{24}H^{36}O^3$ et que celle-ci bouillie avec une solution de potasse reproduit l'acide cholalique. Baumstark dit que par la distillation de l'acide cholique on obtient une combinaison anhydre qui présente tous les caractères d'un phénylalcool. — Si l'on chauffe de l'acide cholalique dans une cornue jusqu'à son point de fusion, il se dégage d'abord beaucoup d'eau, et il reste dans la cornue un liquide qui distille en laissant un très léger résidu. Pendant la distillation il ne se dégage pas d'acide carbonique. — Ce liquide privé d'eau est une huile jaune ayant une fluorescence verte. La réaction serait :

$$2C^{24}H^{40}O^5 + 7H^2O = C^{48}H^{66}O^3 = C^{23}H^{33}.CO.O.CO.C^{23}H^{33}.$$

Cet anhydride, comme la dyslysine, se dissout mal dans l'alcool froid,

Digitized by Google

mieux dans l'alcool chaud, facilement dans l'éther. Il est soluble dans les alcalis, et le sel alcalin se dépose des solutions chaudes concentrées. Il est soluble dans les solutions alcooliques de baryte concentrées, mais non dans celles de baryte aqueuse, réactions qui le rapprochent de l'acide choloidinique de Strecker. Mais tandis que la dyslysine et l'acide choloidinique qui n'est, d'après Hoppe Seyler, qu'un mélange d'acide cholalique et de dyslysine se transforment par l'ébullition en acide cholalique, le nouvel anhydride ne peut reproduire la même transformation, ni par une ébullition de vingt-quatre heures avec une solution de potasse dans un appareil à reflux, ni lorsqu'on le chauffe pendant une journée dans un tube porté à 100°, ni lorsqu'on le soumet à la température de 150° avec une solution alcaline de potasse ; ni par la fusion avec la potasse. Il donne à l'état huileux la réaction de Pettenkoffer ; mais il ne la reproduit plus lorsqu'il a été précipité dans une solution alcaline.

En chauffant le cholalate de chaux ou le cholalate de baryte avec un excès de chaux ou de baryte, on obtient une huile jaunâtre, nageant sur l'eau, d'une odeur d'essence de térébenthine. Séchée sur du chlorure de calcium, cette huile commence à bouillir à 100° et la température s'élève jusqu'à 280°. On doit conclure que l'acide cholalique contient un atome aromatique complexe. Latschinoff remarque le rapport qui existe entre l'acide cholalique et les corps du groupe de camphre. Le camphre d'ailleurs, comme l'essence de térébenthine, se rattache par ses réactions à la série aromatique. L'auteur a oxydé une partie de l'huile bouillant entre 150° et 160° par ébullition avec l'acide azotique étendu, il a obtenu un liquide huileux qu'il n'a pu obtenir cristallisé. Il a cherché à séparer ce mélange complexe par un procédé physiologique. Il en fit prendre quelques grammes à un chien, mais il ne put extraire de l'urine, à l'aide de l'éther alcoolisé, aucun acide aromatique. La matière non oxydée n'a pas non plus permis de trouver dans l'urine un acide aromatique.

Le liquide distillé a donné à l'analyse les chiffres suivants :

	1	2	3
C.....	79,41	80,25	78,61
H.....	11,06	11,01	10,83

Une partie de ce liquide donne la réaction de Pettenkoffer. Avec le brome il forme une huile bromée, avec l'acide picrique une combinaison cristallisée. Ces recherches seront continuées. E. HARDY.

Ueber die Cholsäure (Sur l'acide cholique), par F. MYLIUS (*Berichte der deustchen chemischen Gesellschaft, Band XIX, p.* 369).

La constitution de l'acide cholique n'a été cherchée, jusqu'à présent, que par l'action des moyens d'oxydation. On a obtenu des acides non azotés qui ne se rattachent en rien aux séries des corps actuellement connus. L'auteur a tenté d'autres méthodes.

L'acide cholique fut d'abord préparé par Strecker, qui lui attribua la formule $C^{24}H^{40}O^{5}$. Hoppe Seyler a fait une étude suivie de ses caractères et de ses propriétés optiques ; il en obtint un grand nombre de dérivés.

Sa préparation à l'aide de la bile présente toujours certaines diffi-

Digitized by Google

cultés; mais dès qu'on l'a obtenu cristallisé, rien n'est plus facile que de le purifier par des cristallisations dans l'alcool, d'où il se dépose en octaèdres brillants.

Strecker a constaté que l'acide cholique perd 9,94 0/0 à 100 et il a admis que cette perte était due à de l'eau et il a donné pour l'acide cholique la formule $C^{24}H^{40}O^5+2^1/_2H^2O$.

L'auteur a repris cette question et admet que la perte à 100° est de 10,10 0/0, qu'elle est due à une perte d'alcool et que la formule de l'acide cholique non desséché est

$$C^{24}H^{40}O^5+C^2H^6O=C^{26}H^{46}O^6$$

Comme preuve il a constaté que les cristaux déposés de l'alcool s'effleurissent à l'air; que bouillis avec de l'eau ils donnent une poudre cristalline d'acide cholique anhydre et qu'ils se déposent anhydres de leur solution aqueuse.

Latschinoff a montré qu'on pouvait obtenir l'acide cholique uni à une molécule d'eau $C^{24}H^{46}O+H^2O$ quand on le fait cristalliser dans l'acide acétique étendu.

On obtient donc l'acide cholique anhydre, quand il se dépose de ses solutions aqueuses :

Combiné avec une molécule d'eau, lorsqu'il cristallise dans ses solutions acétiques;

Uni à une molécule d'alcool, quand il se dépose d'une solution alcoolique.

On a pu obtenir d'autres combinaisons du même ordre en remplaçant l'alcool éthylique par d'autres alcools supérieurs. Il se combine aussi à l'acétone.

Réduction de l'acide cholique. Pour obtenir l'acide cholique, en se servit de bile de bœuf putréfiée. On précipita par l'acide acétique les acides dissous dans la potasse, et après avoir fait passer un courant d'acide carbonique, on évapora à sec et on reprit le sel de soude restant par l'alcool absolu et enfin on précipite par l'éther la solution alcoolique. Le cholate de soude se déposa en aiguilles incolores. On le purifia en le lavant avec de l'alcool qui entraîna une matière huileuse; on mit l'acide cholique en liberté avec un acide minéral et on le fit cristalliser dans l'alcool.

Lorsque la bile est complètement putréfiée, on n'obtient plus d'acide cholique. En précipitant par l'acide acétique, on voit apparaître une bouillie de petits cristaux incolores, surmontés d'une solution acétique brun foncé. Recueillis et lavés avec de l'acide acétique, ces cristaux se présentent sous la forme d'une poudre formée de prismes microscopiques.

Ce corps paraît se confondre avec un acide que Latschinoff a obtenu de la bile et décrit sous le nom d'acide choléinique $C^{25}H^{42}O^4$.

L'acide choléique est facile à purifier par des cristallisations dans l'alcool. Il est bien plus difficile de l'avoir pur en passant par les sels de baryte. Mais un examen plus attentif montre que cet acide est différent de l'acide choléique par son point de fusion, 20° plus bas, 160 à 170 au lieu de 185 à 190. Il est très soluble dans l'alcool, l'acide choléique très peu soluble. Il diffère de l'acide cholique par sa facile

Digitized by Google

solubilité dans l'alcool, son peu de solubilité dans l'acide acétique, sa saveur très amère. L'acide cholique a une saveur plutôt sucrée qu'amère.

L'analyse du nouvel acide a conduit à la formule $C^{24}H^{40}O^{4}$. Il contient donc un atome d'oxygène de moins que l'acide cholique, $C^{24}H^{40}O^{5}$. Il est homologue de l'acide choléique dont il diffère par un méthylène. On doit donc le nommer acide désoxycholique.

L'acide cholique, mis avec un pancréas en putréfaction, se transforme en acide désoxycholique. Cette réduction est semblable à celle de l'acide malique en acide succinique par la putréfaction. Elle résulte vraisemblablement de la substitution d'un atome d'hydrogène à un hydroxyle dans l'acide cholique. L'acide cholique contient donc, outre le carboxyle, un hydroxyle dans sa constitution, comme le prouve d'ailleurs la formation de la dyslysine avec perte de deux molécules d'eau.

Dans une note, l'auteur fait remarquer que l'acide nommé choloidinique par Gorup Besanez était un mélange d'acide choléinique et désoxycholéique. E. HARDY.

I. — Ueber eine der Cholsäure analog neue Säure (Sur un acide nouveau analogue à l'acide cholique).

II. — Ueber Cholansäure und Biliansäure (Sur l'acide cholanique, l'acide bilianique, l'acide choléinique), par P. LATSCHINOFF (*Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft, Band XVIII, p.* 3039, 1885, *Band XIX, p.* 474 *et* 1140, 1886).

I-II. — Pour obtenir l'acide cholique, on se contente généralement de suivre la méthode décrite par Strecker. On dissout la bile dans l'alcool et on ajoute de l'éther. Outre l'acide taurocholique et l'acide glycocholique, il y a encore d'autres acides qui sont précipités. On en a la preuve dans les quantités variables d'acide cholanique que les divers auteurs ont obtenu dans l'oxydation de l'acide cholique.

Cleve, qui ne paraît avoir eu entre les mains qu'un acide cholique médiocrement pur, a dit qu'en oxydant par le caméléon ou par l'acide chromique, il n'avait obtenu que très peu d'acide cholanique, et par l'acide nitrique, avec un kilogramme d'acide cholique seulement quelques centièmes d'acide choléidanique. Il ne sait comment expliquer ces résultats.

Latschinoff prépara le sel de baryte de l'acide cholique et l'obtint cristallisé, soit par évaporation de la solution alcoolique du sel, soit par précipitation par l'eau. En opérant sur une grande masse de matière, il reconnut qu'il avait entre les mains un mélange de deux sels de baryte, dont l'un était plus difficilement soluble et, par suite, plus facile à précipiter par l'eau, mais qui n'avait aucune différence dans leur apparence extérieure. Mais l'un était insoluble et restait sur le filtre et l'autre était entraîné par les eaux de lavage. Il a obtenu l'éther de l'acide avec le sel de baryte difficilement soluble; cet éther fondait à 71°, tandis que l'éther ordinaire fond, d'après Tappeiner, à 147-152°. Il réussit ainsi à avoir un acide pur en dissolvant le sel de baryte dans l'alcool, par le refroidissement il obtint une bouillie de cristaux, ce qui n'a pas lieu pour le cholate de baryte ordinaire. Il en retira l'acide libre qu'il put obtenir en gros cristaux quadratiques avec des pyramides aiguës.

Digitized by Google

Ce nouvel acide est très semblable à l'acide cholique, mais en diffère par une moindre solubilité dans l'eau, l'alcool et l'acide acétique. Il est très peu soluble dans l'eau, davantage dans l'alcool, plus encore dans l'éther. Il fond de 185 à 190°, cristallisé avec de l'eau; il fond à 150° en un liquide homogène, qui ne brunit pas encore à 225°. Il perd son eau de cristallisation à 225°. Il a pour formule $C^{25}H^{42}O^4+1\ 1/2H^2O$. Le sel d'argent $C^{25}H^{41}Ag^4O^4$.

L'acide cholique de Strecker a pour formule $C^{24}H^{40}O^5$, le nouvel acide est un homologue de l'acide désoxycholique ($C^{25}H^{40}O^5$) encore inconnu et peut, par suite, être appelé homo-désoxycholique. L'auteur lui donne provisoirement le nom d'acide choléinique.

Il y a donc dans la bile normale de bœuf au moins deux acides : l'acide cholique et l'acide choléinique. Soumis aux agents d'oxydation, l'acide cholique fournit de l'acide bilianique et pas d'acide cholanique.

L'acide choléique, dans les mêmes circonstances, donne de l'acide cholanique et pas d'acide bilianique.

Acide cholanique.— L'acide cholanique, préparé avec l'acide choléique pur, fut purifié en le transformant en éther diéthylique et saponifiant par la baryte. Il a pour formule $C^{25}H^{38}O^7$.

L'auteur décrit un sel neutre de baryte $C^{25}H^{35}Ba^3O^7$ ou

$$C^{25}H^{35}Ba^3O^7+1/2H^2O,$$

un sel de baryte acide, un éther diéthylique et un éther neutro-éthylique,

Acide bilianique. — Obtenu par l'oxydation de l'acide cholique, il fut dissous dans l'alcool faible. Par le repos, il se déposa des cristaux en tables hexagonales caractéristiques.

Il a pour formule $C^{25}H^{36}O^8+1/4H^2O$.

L'auteur décrit les sels de baryte neutre et acide, les éthers diéthylique et éthylique. E. H.

Ueber einen neuen schwefel-und phosphorhaltigen Bestandtheil der Leber (Sur une nouvelle partie constituante sulfurée et phosphorée du foie), par DRECHSEL (*Journ. für praktische Chemie, Band XXXIII, p.* 425, 1886).

Ce nouveau corps, la jécorine, fut obtenu en épuisant à plusieures reprises, avec de l'alcool absolu, un foie réduit en petits fragments. Après l'évaporation de l'alcool, la jécorine n'est plus soluble dans ce dissolvant, mais elle est soluble dans l'éther d'où l'alcool la précipite. Après avoir plusieurs fois répété ce traitement, il reste une masse poreuse, mais solide, d'un aspect terreux très hygroscopique, qui se gonfle dans l'eau comme une masse mucilagineuse, puis se dissout probablement sans transformation. Elle est insoluble dans l'éther sec, soluble dans l'éther aqueux. La solution aqueuse réduit les solutions d'argent et de Fehling.

La potasse chaude décompose la jécorine avec dégagement de vapeurs alcalines, et séparation d'hydrogène sulfuré et d'acide stéarique. L'acide chlorhydrique chaud sépare également de l'acide stéarique. La jécorine desséchée sur l'acide sulfurique a pour formule $C^{105}H^{185}Az^5SP^3Na^3O^{46}$. De nouvelles recherches sont nécessaires pour déterminer si c'est une individualité chimique ou un mélange. Elle ne contient ni sucre de raisin, ni glycogène, ni l'acide stéarique à l'état de stéarate de soude. E. H.

Digitized by Google

Ueber die Bildung von Glykuronsäure beim Hungerthier (Sur la formation de l'acide glycuronique chez les animaux à jeun) par Hans THIERFELDER (*Zeitschrift für physiologische Chemie, B. X, p.* 163, 1886).

On a démontré par de nombreuses expériences que le foie et les muscles contiennent une grande quantité de glycogène quand les animaux sont soumis à une nourriture exclusivement animale, et que la perte de glycogène qui se produit pendant le jeûne se trouve réparée par une alimentation avec de l'albumine. La formation des hydrates de carbone au moyen de l'albumine provenant du dehors est donc prouvée. Les opinions sont, au contraire, partagées sur la question de savoir si, dans l'état de jeûne ou de nourriture insuffisante, les matières albuminoïdes forment des hydrates de carbone ou n'en produisent pas. Cette question serait tranchée si, chez des animaux qui ont perdu leurs hydrates de carbone par un jeûne prolongé, on pouvait reconnaitre dans l'urine des produits qui en fussent les dérivés.

L'acide glycuronique est un de ces dérivés qui peut être regardé, avec juste raison, comme un résultat d'oxydation du sucre de raisin. Il prend naissance par l'ingestion de diverses substances, hydrate de chloral, alcools tertiaires, etc., et passe en combinaison conjuguée dans l'urine. Sa présence dans l'urine des animaux soumis à la diète et privés ainsi de glycogène n'a pas encore été démontrée, et par suite non plus la formation des hydrates de carbone aux dépens des matières albuminoïdes des corps. C'est le sujet que l'auteur s'est proposé de traiter.

Une expérience fut faite sur un gros chien; toutes les autres sur des lapins. La durée du jeûne chez les lapins fut de 5 à 6 jours pleins. Kuls, après 5 jours de jeûne, n'a trouvé dans le foie que 0gr,275 de glycogène. Les substances employées furent le chloral et l'alcool amylique tertiaire qui passent dans l'urine à l'état d'acide glycuronique combiné. L'acide glycuronique fut reconnu par la déviation à gauche de la lumière polarisée et par son pouvoir réducteur sur les solutions alcalines de cuivre. La séparation des combinaisons doubles n'était pas nécessaire.

L'auteur fit trois expériences sur les lapins avec de l'hydrate de chloral. La troisième donna 0,852 d'acide urochloralique correspondant à 0gr,51 d'acide glycuronique. Un gros chien : 5gr,72 d'acide urochloralique correspondant à 5gr,4 d'acide glycuronique.

3 centimètres cubes d'amylalcool tertiaire (diméthyléthyl-carbinol) ont donné, dans trois expériences :

Diméthyléthylcarbinolglycuronique.....	1,91	2,44	1,43
Acide glycuronique.....	1,4	1,79	1,05

L'auteur conclut de ces expériences que, chez les animaux privés de glycogène, il se forme des hydrates de carbone dont l'origine ne peut être que les matières albuminoïdes du corps. E. HARDY.

Zur Kenntniss der Hippursäurebildung (Sur la formation de l'acide hippurique), par H. TAPPEINER (*Zeitschrift für Biologie, Bd XXII, p.* 237, 1885).

La plus grande partie de l'acide hippurique des urines provient de substances aromatiques contenues dans les aliments, substances qui, dans l'organisme, se transforment en acide benzoïque et s'unissent ensuite au glycocolle. Mais une petite partie de l'acide hippurique peut

Digitized by Google

avoir une autre origine. E. Salkowski en a trouvé jusque 2 grammes par jour dans l'urine de chiens à jeun depuis plusieurs jours : ici l'acide hippurique devait être considéré comme un des produits ultimes de la dénutrition organique. E. et H. Salkowski ont signalé la possibilité d'un troisième mode de formation de l'acide hippurique, notamment aux dépens des acides aromatiques (acides phénylacétique et phénylpropionique) qui se forment dans la putréfaction des matières albuminoïdes (putréfaction intestinale des aliments). L'acide phénylpropionique s'oxyde en acide benzoïque et se transforme en acide hippurique, tandis que l'acide phénylacétique apparaît dans les urines sous forme d'acide phénacéturique. Ce dernier acide avait été retrouvé dans l'urine de cheval par E. Salkowski.

H. Tappeiner démontre la présence de l'acide phénylpropionique en quantité notable dans l'extrait éthéré du produit de la distillation du contenu de la panse du bœuf (nourri d'herbe). Chez cet animal, une partie de l'acide hippurique de l'urine doit donc provenir de l'oxydation d'acide phénylpropionique, — sans qu'il soit pour le moment possible de décider si cet acide préexistait dans le foin de l'alimentation ou s'il s'est formé dans le tube digestif aux dépens d'albumine ou de corps aromatiques. L. FREDÉRICQ.

Die aromatischen Verbindungen im Harn und die Darmfäulniss (Sur les combinaisons aromatiques dans l'urine et la fermentation putride dans l'intestin) par E. BAUMANN (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Bd X, p.* 123).

Les combinaisons aromatiques qui ont été trouvées dans l'organisme des animaux des classes supérieures proviennent de l'albumine ou des dérivés du benzol, produit lui-même par les plantes qui leur servent de nourriture.

La formation de ces combinaisons aromatiques n'a pas lieu, au moins chez les animaux supérieurs, aux dépens ni des hydrates de carbone, ni des matières grasses, ni de leurs dérivés. Les substances, comme l'acide acétylacétique, ou l'acide pyrotartrique qui, en dehors du corps des animaux, peuvent être transformées en combinaison aromatique, n'éprouvent aucun changement dans l'organisme. La pyrocatéchine qui a été trouvée à l'état d'acide sulfoné dans l'urine des herbivores et de l'homme, peut être obtenue, en chauffant, avec des alcalis et de l'eau, la plupart des hydrates de carbone. Sa présence dans l'urine est complètement indépendante des hydrates de carbone du tissu des animaux et vient exclusivement des aliments aromatiques venus du dehors. Les nombreuses expériences faites depuis plusieurs années sur les modes de nourriture amènent nettement à cette conclusion que l'apparition des dérivés du benzol est complètement indépendante de la présence des matières grasses.

En comparant la formation des combinaisons aromatiques dans les plantes et les animaux supérieurs, on voit donc que chez les premières elles se produisent comme dérivés des combinaisons du gaz des marais et jamais chez les seconds.

Les acides sulfoviniques trouvés jusqu'à présent dans l'urine sont ceux du phénol, du p.-crésol, de la pyrocatéchine, de l'indoxyle, du scatoxyle, de l'acide hydroparacoumarique et de l'acide oxyphénylacétique. Les

Digitized by Google

deux derniers n'existent qu'en très petite quantité et à l'état d'éther. Les autres s'y trouvent à l'état libre ou à l'état de sels.

L'auteur expose de nouvelles expériences que lui ont donné la preuve qu'il existe encore dans l'urine d'autres acides viniques, mais il n'a pu encore déterminer leur nature.

Il a cherché ensuite à déterminer le rapport qui existe entre les fermentations putrides qui se passent dans l'intestin et la formation des acides sulfoviniques et des oxyacides.

Il eut comme sujet d'expérience un malade qui avait une fistule de la partie inférieure de l'intestin grêle. Il en dosa les éléments et répéta la même expérience après avoir fait prendre au malade du calomel qui, comme on sait, empêche les fermentations putrides de se produire. Il est amené à conclure que, lorsque les putréfactions diminuent dans l'intestin, les acides sulfoviniques diminuent également dans l'urine. Seulement tandis que les acides sulfonés de l'indol, du phénol, etc. manquent dans l'urine. il n'en est pas de même des acides oxyaromatiques. Ceux-ci ne sont point unis à l'acide sulfurique, ils sont indépendants aussi de la présence de la tyrosine.

L'excrétion de l'acide hippurique est, comme celle des acides sulfoviniques, entièrement indépendante des phénomènes de putréfaction qui ont lieu dans l'intestin.

L'acide kynurique qui doit être regardé comme un produit de dédoublement des matières albuminoïdes est complètement indépendant des phénomènes de putréfaction qui se passent dans l'intestin. E. H.

Ueber die Fettbildung aus Kohlenhydraten im Korper des Fleischfressers (Sur la formation de graisse aux dépens d'hydrates de carbone chez l'animal carnivore), par Max RUBNER (*Zeitschrift für Biologie, XXII, p.* 272, 1886).

Il est prouvé que chez le porc et l'oie, une partie de la graisse déposée dans le corps peut provenir des hydrates de carbone de l'alimentation. En est-il de même chez l'animal carnivore, le chien par exemple? Voit a publié il y a plusieurs années des séries d'expériences tendant à prouver que chez le chien la graisse peut se former aux dépens d'albuminoïdes, mais non aux dépens de féculents de l'alimentation.

Max Rubner a fait il y a trois ans sur un petit chien ($6^{kg},2$) une expérience d'alimentation au moyen de sucre de cannes (100 gr.) et de fécule (85 gr.) additionnés d'un peu de graisse ($4^{gr},7$).

L'animal avait au préalable jeûné pendant deux jours. En tenant compte de l'azote retrouvé dans les urines et les excréments, du carbone excrété par les urines, par les excréments et par la respiration, Max Rubner arrive à ce résultat que $89^{gr},5$ de carbone ont été retenus dans le corps de l'animal pendant les 48 heures qui suivirent le début de l'ingestion des hydrocarbonés. Il est inadmissible que ces $89^{gr},5$ de C se soient fixés dans le corps sous forme de glycogène : la plus grande partie l'a sans aucun doute été sous forme de graisse. On doit également rejeter l'hypothèse d'après laquelle ces $89^{gr},5$ de C seraient entièrement représentés par de la fécule non digérée retenue dans le tube digestif. L'expérience de Max Rubner prouve donc que la graisse du corps peut également, chez le carnivore, être formée aux dépens d'aliments hydrocarbonés.

LÉON FREDERICQ.

Digitized by Google

Kleinere Mittheilungen (Petites communications), par E. SALKOWSKI (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band X, p.* 106, 1886).

Sur la présence du soufre dans les matières fécales.

Hefter et ensuite Nasse constatèrent la présence de l'acide hyposulfureux dans l'urine et émirent l'opinion qu'il provient de l'hydrogène sulfuré qui se produit dans la décomposition de l'albumine par la putréfaction. Il prend naissance par l'action des alcalis ou des carbonates alcalins sur les sulfures alcalins ; il est résorbé et s'oxyde dans le sang en se transformant en acide hyposulfureux. Probablement une oxydation nouvelle amène une formation de sulfates ; une petite portion de l'acide hyposulfureux seule passe dans l'urine.

Auerbach fit des expériences sur l'oxydation des phénols dans le corps des animaux, et il détermina les phénols contenus dans les matières fécales en les distillant avec de l'eau et de l'acide chlorhydrique. Pendant cette opération on obtient toujours du soufre dans le liquide distillé. On put le recueillir sur un filtre et le reconnaître à ses caractères. L'urine des mêmes chiens contenait de l'acide hyposulfureux.

Salkowski a pensé que le soufre proviendrait peut-être d'une double décomposition entre l'acide sulfureux et l'hydrogène sulfuré. Il a bien obtenu de l'hydrogène sulfuré dans la distillation, mais il a recueilli très peu d'acide sulfureux.

Le soufre doit provenir de la réaction des sulfates alcalins contenus dans l'urine sur l'acide hyposulfureux, et de l'acide sulfureux sur l'hydrogène sulfuré. La formation d'acide hyposulfureux doit se faire non dans le sang comme le veut Hefter, mais dans le canal intestinal, car l'usage de sulfates n'augmente pas la production d'acide hyposulfureux. Il faut plutôt admettre qu'il se produit par une réduction de la taurine.

Sur la méthode de Neubauer pour déterminer la créatinine dans l'urine.

La méthode de Neubauer ne fournit pas de résultats exacts, elle précipite incomplètement la créatinine comme on peut s'en assurer par la réaction de Weyl. On arrive à un résultat plus exact par la méthode suivante : 240 centimètres cubes d'urine sont rendus alcalins par un lait de chaux et précipités par du chlorure de calcium, de sorte que le mélange atteigne 300 centimètres cubes. Après 15 minutes on filtre. Le liquide doit avoir une réaction faiblement alcaline. Si elle l'était par trop, on ajouterait un peu d'acide chlorhydrique. On prend 250 centigrammes de la solution, on l'évapore à feu nu jusqu'à 20 centimètres cubes, on agite avec un volume égal d'alcool absolu ; après refroidissement on porte le volume à 100 centimètres cubes et on laisse reposer du jour au lendemain; on prend 80 centimètres cubes de la solution, on y ajoute 1/2 à 2 centimètres cubes de chlorure de zinc, etc.

Sur un nouveau moyen de reconnaître l'acide oxalique dans l'urine.

Dans la méthode de Neubauer, le précipité fourni par l'alcool contient, outre des chlorures, du sulfate de chaux et des urates, aussi de l'oxalate de chaux. On peut extraire l'oxalate de chaux de la manière suivante. Le précipité est épuisé plusieurs fois par de l'alcool à 80°, lavé avec une petite quantité d'eau chaude dissous dans un peu d'acide chlorhydrique

Digitized by Google

étendu ; la solution filtrée est neutralisée avec de l'ammoniaque et acidulée avec l'acide acétique ; après 24 heures l'oxalate de chaux est déposé sur les parois du vase. E. H.

Ueber die Nitrate des Thier und Pflanzenkörpers (**Sur les nitrates des animaux et des végétaux**), **par Th. WEYL** (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *Bd XCVI, Heft* 3, *p.* 462).

L'auteur a été amené à rechercher les nitrates dans les urines pour savoir si, dans un organisme animal, l'ammoniaque pouvait par oxydation fournir de l'acide azotique. Il rappelle les diverses opinions un peu contradictoires émises à ce sujet en faisant remarquer que dans l'urine les nitrates peuvent, d'après Schoenbein, se transformer en nitrites. Il se promet de diviser cette étude en trois parties : 1° Recherche de l'acide azotique ; 2° Dosage de l'acide azotique éliminé par les omnivores, les carnivores et les herbivores ; 3° Provenance de cet acide soit chez les animaux, soit chez les végétaux. Pour le moment il se contente d'indiquer son procédé de recherche des nitrates et quelques résultats préliminaires. Il pense que les nitrites des urines se forment aux dépens des nitrates pendant la distillation, que cette réduction des nitrates en nitrites peut se faire dans une dissolution d'urée contenant de l'acide sulfurique et que l'acide nitreux peut distiller quand, dans une urine, il se trouve en présence d'urée et d'acide sulfurique. P. GALLOIS.

De la recherche de l'uro-indican et de sa valeur séméiotique, par CERVESATO (*Rivista clinica e terapeutica*, *nov. et déc.* 1885).

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1° L'urine normale contient la substance mère de l'indigo, l'uro-indican, dont la décomposition artificielle ou spontanée donne de l'indigo ;

2° On juge de la présence de l'uro-indican par la démonstration de l'indigo ;

3° Pour la recherche de l'indigo bleu dans les urines, il suffit, dans beaucoup de cas, d'employer l'acide sulfurique et le chloroforme ;

4° Il est toujours utile de traiter préalablement l'urine avec la solution d'acétate de plomb basique. Il est absolument nécessaire de le faire quand l'urine est peu abondante, dense et fortement colorée ;

5° L'acide sulfurique est préférable à l'acide chlorhydrique, parce que la réaction en est plus facile, plus prompte et plus éclatante, qu'il n'y a pas besoin de faire chauffer, et qu'enfin on évite une chance d'erreur offerte par la coloration également violette que produirait l'acide chlorhydrique en présence de l'albumine, spécialement par l'action de la chaleur ;

6° La détermination quantitative de l'indigo sera beaucoup mieux obtenue par la méthode volumétrique et plus encore par la méthode spectrométrique de Vierordt, que par la méthode calorimétrique ;

7° Il ne suffit pas de concentrer son attention sur l'indigo bleu, il faut encore déterminer la présence et les variations quantitatives de l'indigo rouge ;

8° Chez les individus en bonne santé, l'indigo se trouve en très petite quantité, et subit de très légères variations par l'influence du sexe, de l'âge, du sommeil, de la veille. Il augmente un peu par une alimentation

Digitized by Google

où la viande entre pour la plus grande part. Il augmente beaucoup par l'administration de compositions aromatiques. Il diminue mais ne disparaît pas complètement par le jeûne. Les urines des nouveau-nés, recueillies aussitôt après l'accouchement, n'en présentent pas de traces ;

9° L'indigo augmente spécialement dans les maladies de consomption et d'inanition, dans les maladies des organes abdominaux, en particulier de l'intestin ; dans beaucoup de maladies nerveuses, dans l'anémie splénique, dans la cirrhose rénale, dans le diabète, dans l'intoxication saturnine chronique.

Il est au contraire en faible quantité dans les fièvres, la néphrite parenchymateuse, la phtisie rénale, la chlorose, la maladie de Werlhoff, la scrofule, la phtisie avancée ou à marche rapide sans phénomènes intestinaux, l'ictère catarrhal, la cirrhose hépatique et les tumeurs de l'ovaire ;

10° Les variations quantitatives de l'indigo dans les diverses maladies, au lieu de dépendre de l'influence plus ou moins prolongée du suc pancréatique sur le contenu intestinal, devraient être attribuées aux modifications de la sécrétion pancréatique par influence nerveuse ;

11° Dans les maladies du pancréas, il faut rechercher activement l'uro-indican, d'autant plus que dans ces maladies, on remarquera d'autres altérations de l'urine (lipurie, glycosurie);

12° Il est désirable que les médecins soient bien persuadés que les urines contiennent, en tant que matière colorante bien caractérisée, un seul pigment, l'urobiline, et un seul chromogène, l'indican, et qu'il est inutile de perdre son temps à rechercher l'urophéine de Heller, l'hémaphéine de Gubler, l'uroérythrine de Heller et les autres pigments semblables, d'existence douteuse et de signification équivoque.

RICHARDIÈRE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Traité d'anatomie pathologique, par E. LANCEREAUX (*Tome III, Paris*, 1885).

Le tome III de l'important *Traité d'anatomie pathologique* de Lancereaux termine l'histoire des lésions des systèmes, et commence la série des lésions des appareils anatomiques. Après avoir décrit, dans les volumes antérieurs, l'anatomie pathologique du système lymphatique et du système sanguin, l'auteur aborde celle du système locomoteur, qui se rapproche des deux précédents par sa commune origine aux dépens du feuillet blastodermique moyen. Fidèle au plan général de l'ouvrage, il reproduit, dans ses grandes lignes, l'ordre philosophique adopté dans les descriptions préalables. Les lésions sont étudiées à un double point de vue, suivant leur siège anatomique et leur produit pathologique, et selon leur évolution et leur mode de terminaison. De là des types qui conduisent à des subdivisions génériques basées, autant que possible, sur la connaissance des causes qui président à la formation de chaque

Digitized by Google

lésion et de leurs conditions pathogéniques : conception féconde qui, en regard de l'altération anatomique matérielle, montre la spécificité de la maladie et rattache les faits aux principes de la pathologie générale.

Un parallèle entre les lésions des os et des articulations va mettre en relief l'idée philosophique de l'ouvrage.

Les anomalies de développement et de formation des os ouvrent la scène, avec un chapitre important sur le rachitisme. Lancereaux voit dans le processus rachitique à la fois un désordre de nutrition et de développement; c'est-à-dire qu'il le regarde comme l'aboutissant commun de toutes les erreurs d'hygiène et d'alimentation, et qu'il ne le considère pas comme relevant de la syphilis héréditaire.

Les ostéites, comme les arthrites, se groupent en trois classes, suivant qu'elles sont exsudatives, suppuratives ou prolifératives.

A la première variété appartiennent les ostéopériostites qui se terminent par résolution (rhumatisme, fièvre typhoïde) et les arthrites qui relèvent de la goutte, du rhumatisme ou de l'impaludisme. Ces dernières sont mal connues, mais Lancereaux en cite deux observations personnelles, caractérisées par des poussées fluxionnaires à type tierce, chez des sujets exposés à la malaria. De ces formes se rapprochent les arthrites dites génitales (blennorragie, grossesse, lactation) dont le produit est une sécrétion muqueuse, mais mêlée de leucocytes, et qui, mobiles d'abord, ont de la tendance à devenir fixes; elles servent de transition à l'étude des variétés suppuratives.

Dans ces dernières, ce qui domine, c'est l'état infectieux. La périostite phlegmoneuse diffuse, l'ostéomyélite suppurée, est une maladie générale infectieuse, due au surmenage, tout comme les arthrites purulentes qui surviennent dans l'état puerpéral ou dans le cours des grandes pyrexies. Une place plus large aurait pu être attribuée, dans ces chapitres, aux théories microbiennes, que Lancereaux mentionne, sans y insister, croyons-nous, suffisamment.

Le parallèle se poursuit dans les formes prolifératives de l'ostéite ou de l'arthrite.

Les ostéites prolifératives, diffuses ou circonscrites, donnent lieu à la fois à des exostoses et à des pertes de substance, et les déformations qui en résultent se retrouvent trait pour trait dans la description de l'arthrite sèche. Ces ostéites scléreuses coïncident avec l'athérome généralisé plutôt qu'avec le rhumatisme ; elles ont des relations possibles avec le cancer, probables et presque certaines avec les désordres de nutrition du système nerveux. Pour les lésions articulaires, l'analogie se poursuit : les formes subaiguës d'arthrites proliférantes répondent à ce que Lancereaux décrit sous le nom d'arthrite herpétique et s'associent à la migraine, aux hémorroïdes, à l'athérome plus qu'au rhumatisme véritable ; les formes chroniques constituent l'arthrite sèche déformante, lésion trophique nerveuse autant qu'altération inflammatoire.

Autour de ces trois groupes se placent des lésions d'ordre analogue, mais où la spécificité domine, telles que les ostéites et arthrites syphilitique, lépreuse, tuberculeuse et scrofuleuse. Signalons en passant que, tout en reconnaissant l'étroite parenté de la scrofule et de la tuberculose, l'auteur ne regarde pas les deux processus comme iden-

Digitized by Google

tiques, même en ne tenant pas compte de la présence du bacille comme caractère différentiel.

La seconde partie du volume est consacrée à l'anatomie pathologique de l'appareil nerveux.

Les névrites comprennent deux groupes principaux : les névrites parenchymateuses et proliférative. Les premières se caractérisent par l'altération primitive de la fibre nerveuse qui se tuméfie, se segmente, devient granuleuse et finalement se régénère. Cette lésion peut se faire du centre à la périphérie, ou inversement ; de là des névrites descendantes et ascendantes, cette dernière réalisée par le type clinique de l'ataxie locomotrice. On lira avec intérêt le chapitre très personnel consacré aux névrites toxiques, et à celles qui accompagnent les pyrexies.

Les névrites proliférative dépendent, soit d'une propagation inflammatoire du voisinage, soit d'une lésion des centres nerveux, soit enfin d'une infiltration spécifique (syphilis, lèpre, tuberculose).

Une classification du même genre permet d'embrasser dans son ensemble le groupe des myélites ; comme pour les névrites, les formes suppuratives sont rares, et il n'y a, à proprement parler, que des myélites parenchymateuses et des myélites proliférative.

Parmi les myélites parenchymateuses, les unes intéressent la cellule nerveuse (myélites ganglionnaires) ou les tubes (myélites fasciculaires). Au premier groupe appartiennent la paralysie infantile, la paralysie spinale de l'adulte, les myélites diffuses, les myélites pyrétiques et toxiques ; quant à la paralysie aiguë de Landry, l'auteur la considère tantôt comme une myélite diffuse, tantôt comme une névrite multiple ; c'est une espèce mal définie.

Les myélites fasciculaires sont les unes ascendantes primitives (tabes des zones radiculaires postérieures), ou consécutives à la compression des cordons postérieurs (myélites des cordons de Goll) ; les autres descendantes, soit primitives (myélites des cordons latéraux), soit consécutives aux lésions de l'encéphale.

Quant aux myélites proliférative, elles comprennent, suivant leur localisation, les diverses variétés de sclérose en plaques, corticale, périépendymaire ; suivant leur origine, elles peuvent être de nature vasculaire, syphilitique, lépreuse ou tuberculeuse. Ainsi se complète l'analogie de lésions dans tous les tissus d'origine similaire, émanés du feuillet blastodermique moyen. H. R.

Note sur les diverses espèces de concrétions sanguines, par HAYEM (*Soc. méd. des hôpitaux*, 6 *janv.* 1886).

Hayem distingue trois espèces de concrétions sanguines :

1° Concrétions hématoblastiques ou par battage. Les concrétions qui se forment autour d'un corps étranger introduit dans le système vasculaire, ou sur un point altéré de la paroi des vaisseaux, sont dues à l'adhérence successive d'hématoblastes qui se déposent à la surface et retiennent au passage du sang d'autres hématoblastes. Entre les amas hématoblastiques, il existe une certaine quantité d'hématies, de leucocytes et de fibrine. Telle est l'origine des caillots de l'endocardite aiguë ou chronique, de l'artérite, de la phlébite, etc.;

Digitized by Google

2° Concrétions par stase. Lorsque le sang, arrêté dans un point du circuit vasculaire, se coagule en masse comme il le ferait hors de l'organisme, on peut dire qu'il s'est produit un caillot par stase. Les causes qui déterminent cette coagulation proviennent soit d'une altération de la paroi, soit d'une modification du sang lui-même. Les expériences d'Hayem ont montré le rôle que jouent dans ce dernier cas les altérations du plasma, et prouvé que pour expliquer la fluidité du sang dans les vaisseaux, il fallait trois conditions : intégrité de la paroi, intégrité du sang et mouvement du sang dans ses cavités naturelles. Certains états morbides modifient la coagulabilité du sang de la même manière qu'une injection de sérum. Quand le sang se coagule en masse dans un vaisseau, le caillot par stase se comporte exactement comme le cruor du sang d'une saignée, c'est-à-dire qu'il se rétracte en laissant transsuder son sérum. Les caillots par stase viennent souvent se juxtaposer aux caillots par battage et forment des caillots mixtes. Tel est le mécanisme de la formation des caillots dans les poches anévrismales.

3° Concrétions par précipitation. — Des injections expérimentales de sang dissous, ou de sérum d'animaux d'espèces différentes, déterminent des concrétions par précipitation, soit massives, soit granuleuses, se formant brusquement dans le sang circulant, et déterminant des embolies ; les injections de sérum de bœuf chez le chien déterminent un état grave caractérisé par l'adynamie, des frissons, des vomissements, de la diarrhée, de l'anurie, de l'hypothermie et d'innombrables infarctus hémorragiques dans les viscères et des ecchymoses sous les séreuses ; bref, une maladie hémorragipare, ayant de grandes analogies avec le purpura hœmorrhagica. Hayem admet que le sérum du bœuf plus riche en principes coagulateurs que celui du chien détermine la formation immédiate de concrétions microscopiques dans le sang circulant lui-même ; peut-être chez l'homme peut-il se produire dans le sang un principe coagulateur très actif analogue, altérant les hématoblastes et les leucocytes et donnant naissance à des concrétions microscopiques. Il semblerait que le venin des serpents agirait de la même manière. H. L.

Experimentelle Untersuchungen über Thrombose (Recherches expérimentales sur la thrombose), par EBERTH et SCHEINMELBUSCH (*Fortschritte der Med.*, *n°* 12, 1885 *et n°* 4, 1886).

Eberth et Scheinmelbusch ont étudié la circulation des vaisseaux mésentériques des mammifères, en se plaçant dans les conditions indiquées dans leurs premières recherches sur les hématoblastes du sang. (*R. S. M.* XXVI, p. 19). A l'état normal, tandis que la partie centrale de la colonne sanguine intravasculaire est animée d'un mouvement rapide, les parties périphériques circulent beaucoup plus lentement ; elles ne sont constituées que par le plasma sanguin contenant quelques globules blancs. Si l'on détermine une légère irritation de la paroi vasculaire, si l'anse vasculaire est placé dans une solution saline trop diluée, ou d'une température trop élevée, on voit survenir dans la disposition des éléments sanguins les modifications suivantes : un grand nombre de globules blancs s'accumulent dans la zone périphérique, puis si la circulation sanguine se ralentit encore, on voit apparaître le long de la paroi vasculaire un assez grand nombre d'hématoblastes (plaquettes du sang), qui augmen-

Digitized by Google

tent de quantité progressivement, tandis que les leucocytes rentrent dans le torrent circulatoire. Lorsque la stagnation est complète, les éléments sanguins sont alors mélangés indistinctement les uns aux autres. Quoi qu'il en soit, le fait important à noter, c'est que ce sont les hémablastes qui jouent dans la genèse de la thrombose le rôle principal, en s'agglutinant entre elles le long de la paroi vasculaire, dès que survient une modification dans la circulation. Thrombose et coagulation sont deux phénomènes différents, ajoutent ces auteurs ; celle-là est un processus déterminé par la transformation visqueuse des hématoblastes, celle-ci est due à des modifications purement chimiques du sang. La *conglutination* désignerait le mode spécial suivant lequel se formeraient les trombus dans le sang en mouvement tandis que la coagulation est spécial au sang en stagnation.

Cette division n'est cependant pas absolue ; en effet d'une part, dans une colonne sanguine à l'état de repos apparent, il se produit toujours quelques mouvements intérieurs ; d'autre part, dans un vaisseau irrité, au point où se forme le thrombus, on peut observer entre les hématoblastes quelques filaments de fibrine, indices qu'il se produit à ce niveau autre chose qu'une simple agglutination des hématoblastes.

Un autre fait fort intéressant qui ressort des recherches des auteurs, c'est que la lésion vasculaire n'est point absolument nécessaire pour déterminer l'apparition d'un thrombus ; lors même que les parois du vaisseau sont lésées dans une assez grande étendue, la circulation peut persister entièrement normale. S'il se forme un thrombus, ce n'est point au niveau même de la partie lésée, mais bien là où des parties des parois vasculaires font saillie dans l'intérieur du vaisseau, en un mot là où la rapidité du torrent circulatoire est ralentie.

Normalement, la vitesse de la circulation de la colonne sanguine est plus considérable au centre qu'à la périphérie, et l'on comprend que les éléments figurés, plus lourds spécifiquement que le plasma, soient entraînés dans le courant central. Partout où cette disposition se trouve modifiée, là où existe une modification de la lumière du vaisseau, un diverticule, une saillie, ou bien là où la rapidité de la circulation est moindre, partout dans ces régions il y a danger de thrombose. En effet, les corps les moins lourds spécifiquement perdent les premiers la direction acquise, et l'on voit les globules blancs s'accoler le long de la paroi vasculaire, puis les plaquettes (hématoblastes) sortir à leur tour de l'axe de la colonne sanguine. Ce sont ces derniers éléments qui, par leur tendance à subir la transformation visqueuse, déterminent la formation du thrombus.

Il reste à savoir si l'intégrité de l'endothélium vasculaire peut ou non protéger ces éléments contre cette transformation. Quoi qu'il en soit, dès qu'ils sont agglutinés à la paroi du vaisseau, d'autres hématoblastes viennent rapidement s'accoler aux premiers, la circulation se ralentit de plus en plus, et la thrombose est ainsi constituée. W. ŒTTINGER.

Ueber 2 neue Fälle von Embolie der Art. mesaraïca superior, par LITTEN (*Berlin. klin. Woch.*, *n*° 41, *p.* 666, 12 *octobre* 1885).

Dans le premier cas, il s'agissait d'une embolie du tronc principal de l'artère

Digitized by Google

mésentérique supérieure ; dans le second, d'une thrombose d'un rameau de deuxième ordre.

Chez l'un et l'autre malade, la terminaison fatale fut due à des infarctus hémorragiques de l'intestin qui se traduisirent entre autres symptômes par des entérorragies.

Modifiant sur un point sa manière de voir antérieure (*R. S. M.*, VI, 469), Litten admet maintenant que les hémorragies consécutives aux embolies proviennent surtout du sang des artères et des capillaires et très peu, sinon peut-être pas du tout, d'un reflux du sang veineux. (*R. S. M.*, XIII, 567, et XXIII, 528.) J. B.

Untersuchungen ueber die compensatorische Hypertrophie der Niere (Études sur l'hypertrophie compensatrice du rein), par H. LORENZ (*Zeitschrift für klin. Medicin.*, *Bd. X*, *p.* 545-561).

Lorenz a étudié l'hypertrophie compensatrice qui se produit après l'extirpation d'un des reins chez un animal sur le rein laissé en place. L'hypertrophie porte à la fois sur la substance corticale et la substance médullaire, mais beaucoup plus sur la première que sur la seconde.

1° *Substance corticale.* — *a*) Chez les animaux encore en voie d'accroissement, il y a simultanément hypertrophie et augmentation numérique des glomérules. Chez les animaux adultes, on n'observe plus que l'hypertrophie.

b) Les tubuli contorti sont également hypertrophiés. Leur calibre devient plus considérable, leur paroi plus épaisse ; leurs cellules épithéliales sont plus hautes et plus larges. En même temps que l'hypertrophie, on voit chez les jeunes animaux une hyperplasie analogue à celle des glomérules.

c) L'hyperplasie des glomérules et des tubuli ne joue jamais dans l'augmentation de volume qu'un rôle assez faible comparativement à l'hypertrophie.

2° *Substance médullaire.* — L'hypertrophie est due surtout à la dilatation des tubes droits. Leur épithélium ne semble pas modifié. Les anses descendantes sont également un peu élargies. — Le tissu conjonctif et les capillaires ne semblent pas s'écarter de l'état normal.

M. DEBOVE.

Contribution à l'étude des altérations du foie dans les maladies infectieuses, par A. SIREDEY (*Revue de médecine*, 18 *juin* 1886).

Contrairement à l'opinion généralement admise, Siredey croit que les altérations du foie que l'on rencontre au cours des maladies infectieuses débutent par le système circulatoire, se propagent de là au tissu conjonctif interlobulaire et finissent par atteindre les cellules hépatiques elles-mêmes. Dans un grand nombre de cas de fièvre typhoïde, dans la variole, dans le choléra, il a noté au début de la congestion des capillaires intralobulaires avec tuméfaction des cellules à noyau constitutives de la paroi, des amas de globules blancs périvasculaires sortis par diapédèse et dans les cas avancés seulement la disparition de l'aspect granuleux des cellules hépatiques, la coloration presque uniforme du noyau et du protoplasma, l'aspect vitreux de ces mêmes éléments. La transformation cellulaire franchement graisseuse lui a paru exceptionnelle.

Digitized by Google

Comparant ces lésions à celles des néphrites infectieuses, l'auteur se demande si le processus pathogénique n'est pas le même pour les deux organes et s'il ne s'agit pas là d'une véritable hépatite diffuse aiguë d'intensité variable, capable peut-être de passer à l'état chronique et de contribuer aux divers processus de sclérose qui atteignent la glande hépatique. C. GIRAUDEAU.

Bacilläre Nekrose der Leber (Nécrose bacillaire du foie), par C.-J. EBERTH (*Arch. f. pathol. An. u. Phys. Band C, Heft* 1, *p.* 23).

A l'autopsie d'un cobaye, l'auteur trouve le foie et la rate très congestionnés, sur le foie des foyers de nécrose, les uns isolés, les autres réunis en un vaste foyer à contours polycycliques. L'auteur ne peut admettre qu'il s'agit de l'embolie ou de la thrombose d'un gros vaisseau. Sous le microscope, d'ailleurs, il ne trouve pas de lésions vasculaires. Dans ces régions nécrosées, il constate la présence de bacilles en grand nombre disséminés sans ordre. Les dimensions de ces bacilles sont un peu variables. Ils sont environ 1 fois 1/2 ou 2 fois plus longs que larges, parfois ovoïdes, à extrémités arrrondies. Quelques-uns moins fortement colorés (violet de méthyle) semblent en voie de destruction, d'autres en voie de prolifération. On constate des spores à leur intérieur, sans pouvoir trouver de spores en liberté dans le tissu hépatique. Eberth a placé des fragments de ce foie nécrosé en contact avec la conjonctive d'un lapin sans produire d'accidents. Il a placé de ces fragments sous la peau de lapins (n'ayant pas de cobayes à sa disposition), il s'est produit seulement un foyer caséeux circonscrit qui s'est vidé. Eberth n'a pas obtenu de résultats définitifs avec ses cultures sur gélatine. P. GALLOIS.

Ueber die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei Typhus biliosus (Lésions anatomo-pathologiques du typhus bilieux), par N. LÜBIMOFF (*Arch. f. path. An. u. Phys., XCVIII, Heft* 1, *p.* 160).

L'auteur se propose de préciser la nature du typhus bilieux d'après les lésions observées dans cette affection. Il se demande s'il s'agit d'une maladie à part ou si c'est une forme soit de la fièvre typhoïde, soit de la fièvre récurrente.

Ses recherches portent sur 22 autopsies complètes et 2 incomplètes (la rate seule fut examinée).

C'est la *rate* qui est l'organe le plus atteint. Elle peut peser jusqu'à 1,845 grammes. Les plus grandes dimensions observées ont été 25^{cm},5 pour la longueur, 15 pour la largeur et 8 pour l'épaisseur. Le parenchyme, de couleur rouge cerise, est parsemé de granulations miliaires innombrables et souvent confluentes, constituées par les corpuscules de Malpighi. On rencontre en outre des infarctus grisâtres ou jaunâtres de nombre et de volume très variables. A la limite des infarctus, on trouve souvent du pus jaunâtre. Le centre des infarctus contient une masse formée de fines granulations, sur les limites on trouve des globules rouges, des cellules lymphoïdes, et des éléments figurés contenant des globules rouges. Sur les préparations traitées par les couleurs d'aniline on trouve des vaisseaux remplis de microcoques qui forment une véritable thrombose ; dans d'autres cas, la thrombose est produite par un

Digitized by Google

amas de cellules endothéliales altérées. Dans certains cas on rencontre de véritables abcès.

Dans le *foie*, inflammation parenchymateuse, hypertrophie, tissu mou, anémique, rouge brun. Au microscope : limite des acini peu marquée, altération trouble et granuleuse des épithéliums des canaux biliaires, les cellules peuvent se détacher et oblitérer les conduits. Autour des vaisseaux, existence de nombreuses cellules indifférentes qui les comprimment. Dégénérescence albumineuse et graisseuse des cellules hépatiques ; par places, foyers de nécrose de coagulation. Colonies de microcoques dans les capillaires intralobulaires. Dans deux cas seulement, abcès du foie. Ceux-ci se développent autour de la veine porte.

Reins : Altération albumineuse et graisseuse des épithéliums, cylindres hyalins, nombreux noyaux dans les glomérules de Malpighi. Parfois nombreuses cellules indifférentes dans le tissu conjonctif, altérations des endothéliums vasculaires, thrombose microbienne. Dans certains cas, abcès du rein présentant, au centre, des vaisseaux et des canalicules remplis de microcoques et, à la périphérie, des cellules épithéliales atteintes de nécrose de coagulation et de dégénérescence graisseuse.

Au *cœur :* dégénérescence graisseuse avec fragmentation des fibres musculaires, thrombose microbienne assez rare. *Cerveau :* dans un seul cas abcès de l'hémisphère droit. Altération des cellules nerveuses d'abord troubles puis granuleuses, disparition du noyau. Présence de cellules indifférentes dans le protoplasma des cellules. *Moelle :* variété très grande des lésions dont aucune n'est constante. *Ganglions du sympathique :* lésions d'inflammation parenchymateuse, tantôt hypertrophie, tantôt atrophie des cellules qui se détruisent. Dans les *nerfs* (sciatique) : transformation variqueuse de la myéline.

Tube digestif : pointillé hémorragique et catarrhe parfois dysentérique des muqueuses, infiltration cellulaire sous la muqueuse autour des vaisseaux, thromboses microbiennes. *Moelle des os :* points hémorragiques et abcès irréguliers. *Poumons :* œdème, broncho-pneumonie, même pneumomie lobaire. *Séreuses :* hémorragies punctiformes.

L'auteur cherche ensuite à interpréter les lésions observées. Les granulations milaires de la rate sont constituées par un amas de cellules lymphoïdes formant un véritable « lymphome aigu » (Rudneff). L'auteur a retrouvé après Heidenreich, Münch et Motschutkowsky des spirilles dans les corpuscules de Malpighi. C'est à leur présence que serait due la prolifération des éléments lymphoïdes.

Les infarctus sont-ils produits par embolie ou par thrombose ? Les deux cas sont possibles ; les abcès sont vraisemblablement dus aux thromboses microbiennes, mais ils ne dépendent probablement pas du typhus bilieux, ils seraient dus à une pyémie surajoutée.

En somme, les lésions observées sont très variées et permettent d'expliquer la variété des symptômes (ictère, stupeur, douleur des extrémités, dyspnée, troubles circulatoires).

Quant à la nature de l'affection, Lübimoff n'admet pas l'opinion de Trousseau qui ne sépare pas le typhus bilieux de l'ictère grave. Il rejette également l'opinion de Lebert qui séparait le typhus bilieux de la fièvre récurrente. Il a trouvé en effet des spirilles dans la rate des sujets

Digitized by Google

autopsiés. Il déclare s'en tenir à l'opinion de Griesinger qui fait du typhus bilieux une forme spéciale de la fièvre récurrente. P. GALLOIS.

Doppelseitige Gesichtsspalte (Double fissure faciale), par MORIAU (15e *cong. de chir. allem., Cent. f. Chir., n° 24*, 1886).

Moriau présente le squelette d'une tête d'enfant qui offre une double fissure. Celle-ci commence des deux côtés, au niveau du bord alvéolaire de la mâchoire supérieure, entre les incisives, monte obliquement à gauche jusqu'à l'orbite, à droite jusque dans son voisinage. Le morceau moyen situé entre les deux fentes porte une ouverture pyriforme limitée par des bords osseux. La mâchoire supérieure droite porte quatre incisives, la gauche deux.

Aucune des théories connues jusqu'à ce jour ne peut expliquer cette anomalie.

D'après Albrecht, il s'agit dans le cas de Moriau d'une fissure stomato-orbitaire complète à gauche, incomplète à droite. Cette pièce, unique à de certains points de vue, prouve que la fissure stomato-orbitaire est située entre l'os inter-maxillaire externe et la mâchoire supérieure.

PIERRE DELBET.

Recherches sur l'anatomie pathologique du rhinosclérome, par ALVAREZ (*Arch. de physiologie*, 15 *fév.* 1886).

Le rhinosclérome, en dehors de ses microbes, qui, par leurs capsules, leur forme et leur disposition dans les tissus, le font distinguer de toutes les néoplasies connues, a une texture anatomique caractéristique. Un riche réseau lymphatique, dont les vaisseaux dilatés sont séparés par un tissu composé de cellule, rondes, serrées les unes contre les autres et qui restent des années avec les caractères des corpuscules lymphatiques, sans souffrir ni la dégénérescence caséeuse, ni la granulo-graisseuse, sans montrer aucune tendance à se transformer en éléments fusiformes, et à s'organiser en tissu fibreux, et montrant par-ci par-là quelques corps hyalins isolés ou en groupes, de forme et volume très variés, sont des traits qui semblent à l'auteur caractériser anatomiquement le rhinosclérome. *Lymphangite chronique microbienne avec lymphangiectasie, diapédèse et hyperplasie* sont les expressions qui résument la pathogénie et l'anatomie pathologique du rhinosclérome.

A. GILBERT.

Beitrag zur Kenntniss der niedrigen Organismen im Mageninhalte (Contribution à l'étude des organismes inférieurs qu'on trouve dans le contenu de l'estomac), par de BARY (*Arch. für experiment. Pathologie und Pharmak. Band XX, Heft 3 et 4, p.* 243, 1885).

Les recherches de de Bary ont été faites dans le service du professeur Kussmaul ; elles ont porté sur le contenu de l'estomac de 17 sujets, les uns malades, les autres bien portants, contenu rejeté par les vomissements ou retiré à l'aide de la pompe stomacale. Elles ont eu pour objet l'étude des micro-organismes, principalement les bactéries, qu'on peut rencontrer dans le contenu de l'estomac, à l'état de santé et à l'état de maladie. Voici en substance les résultats qui on été obtenus. Le contenu de l'estomac renfermait :

Digitized by Google

1° Des *sarcines* (Sarcina ventriculi), dans 3 cas ;

2° Des champignons filamenteux, à savoir : l'*oïdium lactis*, dans 2 cas (chez un malade, n° 1, qui, pour se suicider, avait avalé de l'acide chlorhydrique, et chez un autre, n° 8, dyspeptique,) ; d'autres formes indéterminées chez 2 malades ; des mycéliums de mucor chez 2 malades également ;

3° Des champignons appartenant aux espèces qui se reproduisent par voie de bourgeonnement, et qui, ensemencés dans des liquides fermentescibles, n'ont produit aucune trace de fermentation, alors que ce résultat était obtenu en très peu de temps avec la levure de bière ;

4° Des bactéries : *a*) le bacterium amylobacter, dans 2 cas ; *b*) bactérie en forme de zigzags, dont il sera question plus loin, dans 9 cas ;

5° Le *leptothrix buccalis*.

L'auteur donne ensuite une description détaillée de sa bactérie en forme de zigzags ; celle-ci offre une très grande ressemblance avec le bacillus subtilis ; mais elle est beaucoup plus petite, et surtout plus mince (4 à 5 μ en longueur, 0,5 et 0,6 en largeur). Ces bâtonnets-cellules s'articulent en formant des angles obtus, d'où résultent les formes en zigzags. Ils ne se colorent pas par l'iode, mais par le violet de méthyle, la fuchsine et d'autres substances colorantes. Les formes en zigzags, en se soudant les unes aux autres, constituent des masses enchevêtrées qui, à l'œil nu, se présentent sous l'aspect de pellicules lisses, surnageant à la surface du contenu de l'estomac.

Cette bactérie émet des spores à la manière des bactéries endospores. Le temps nécessaire à l'évolution d'une spore pour passer à l'état de bâtonnet varie de 7 à 8 heures, avec une température maintenue entre 39 et 40°.

Les ensemencements faits avec des bâtonnets ont donné lieu à une reproduction de spores dans l'espace de 10 à 12 heures. Autre caractère de cette variété de bactéries, c'est qu'en végétant dans de la gélatine, elles fluidifient cette substance ; quand on ensemence des spores, la fluidification n'a lieu qu'après la transformation des spores en bacilles.

L'auteur propose de donner à cette nouvelle bactérie le nom de *bacillus geniculatus ;* il insiste sur ce que ses recherches démontrent que le contenu acide de l'estomac peut renfermer, même au début de la digestion, des micro-organismes qui passent pour être détruits par l'acide chlorhydrique, tel le bacterium amylobacter, et il passe en revue les explications qu'on peut donner de ce fait, en apparence paradoxal. Pour ce qui est en particulier du bacillus geniculatus, sa résistance à l'acide chlorhydrique est faible ; aussi n'a t-il été rencontré que dans le contenu d'estomacs dont l'acidité avait été diminuée ou neutralisée par le contenu de l'intestin. Il y a donc tout lieu de croire que, dans les circonstances ordinaires, ce bacille ne joue aucun rôle dans les phénomènes chimiques de la digestion. E. RICKLIN.

Epithelialcarcinom der Mamma, par CZERNY (15e *congrès de chir. allem.; Cent. f. Chir.*, n° 24, 1886).

Le cancer primitif de la peau est si rare à la région mammaire que Billroth l'a nié. Czerny en a observé un cas. La peau au voisinage de l'aréole était transformée en un ulcère plat, dont les bords avaient la

Digitized by Google

dureté du cartilage et qui s'étendait en superficie. Les ganglions axillaires étaient sains; par contre, deux ou trois des ganglions sus-claviculaires étaient augmentés de volume et indurés. L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un *carcinome épithélial* ayant pris naissance dans le réseau de Malpighi.

Czerny fait remarquer que c'est là une affection toute différente de celle qui est connue sous le nom de maladie de Paget. PIERRE DELBET.

Zur Casuistik der angebornen Gelschwülste in der Gegend des Kreuzbeins (Étiologie des tumeurs congénitales de la région coccygienne), par N. JASTREBOFF (*Arch. f. path. An.. u. Phys. XCIX, Heft* 3, *p.* 497).

L'auteur rapporte 4 observations de semblables tumeurs, dont 3 avec examen histologique. Dans ces 3 cas, on trouve des éléments de toutes sortes : muscles lisses et striés, vaisseaux, nerfs, fragments cartilagineux, glandes, kystes, cellules de pigment, graisse, dépôts calcaires. L'auteur pense qu'il s'agit de la variété tératologique désignée sous le nom de fœtus *in fœtu*, s'appuyant sur ce fait que la tumeur est alimentée dans un cas au moyen d'une branche de l'artère ombilicale. Il pense que l'arrêt de développement du fœtus parasite s'est fait de très bonne heure, ce serait pour cette raison que ce second fœtus informe est absolument méconnaissable. P. GALLOIS.

Über die morphologische Bedeutung von Penischisis, Epi- und Hypospadie (Sur la signification morphologique du pénischisis, épi- et hypospadias), par ALBRECHT (15e *congrès de chir. allem.; Cent. f. Chir.*, n° 24, 1886).

Pour trouver l'explication du pénischisis, il faut remonter jusqu'aux poissons cartilagineux. La raie claviée (*raia clavata*) est particulièrement propre à cette étude. Chez cet animal, on trouve non pas, comme chez les amphibiens et les amniotes, un bras et une cuisse de chaque côté, mais trois bras et deux cuisses.

Albrecht désigne les humérus par les chiffres 1, 2, 3. L'humérus 1 n'a pas d'homologue au membre inférieur, de telle sorte que les deux fémurs sont désignés par les chiffres 2, 3. L'humérus 2 est l'humérus des amphibiens et des amniotes, le véritable humérus, l'*orthumérus;* de même, le fémur 2 est l'orthofémur. Le fémur 3 des sélaciens, avec la partie du bassin qui lui correspond, constitue le squelette du pénis de ces animaux. Ce n'est pas un pénis, mais seulement un *hémipénis*. Le pénis correspond au membre fémoral 3 du côté droit, le membre fémoral 3 du côté gauche, c'est le *membre difémoral* 3.

Pour prouver l'homologie qu'il cherche à établir entre le pénis des amphibiens et des amniotes et l'hémipénis de chondroptérygiens, Albrecht fait remarquer :

1° Que les hémipénis de tous les vertébrés dihémipénifères ou pénifères naissent derrière le cotyle destiné au fémur 2 (postacétabulaire) du segment ischiatique du bassin.

2° Que l'hémipénis de tous les vertébrés dihémipénifères porte une rainure dorsale qui forme la portion transprostatique de l'urètre.

3° On trouve quelquefois chez les mammifères un squelette du pénis (*hémisquelette*) qui peut être articulé comme l'*hémipénisquelette* des Sélaciens.

Digitized by Google

Toutes les dénominations de dorsal et ventral appliquées jusqu'à présent au clitoris sont exactement le contraire de la vérité. Les nerf et artère dorsaux, du pénis sont en réalité ventraux. La portion transprostatique de l'urètre de l'homme et la rainure clitoridienne sont situées, non pas du côté ventral, mais du côté dorsal, l'épispadias est en réalité un hypospadias et l'hypospadias un épispadias.

Dans le pénischisis des mammifères, les hémipénis restent divisés plus ou moins loin. Si les hémiglands sont seulement séparés, il y a un retour atavique vers les didelphes; si les hémipénis sont complètement séparés, il y a retour vers les sélaciens.

Dans le soi-disant épispadias, en réalité hypospadias, les deux corps caverneux sont séparés l'un de l'autre par l'écartement des ischio-pubis, qui sont eux-mêmes tenus à distance par une réplétion exagérée de l'allantoïde. La portion transprostatique de l'urètre se trouve située entre les deux pubis, comme la paroi dorsale de la vessie dans l'ectopie.

Le soi-disant hypospadias, en réalité épispadias, est constitué par un retour partiel ou total à la forme gouttière du pénis. PIERRE DELBET.

Ueber den morphologischen Werth uberzähliger Finger und Zehen (Signification morphologique des doigts et des orteils surnuméraires), par ALBRECHT (15e *congrès de chir. allem.; Cent. f. Chir.*, n° 24, 1886).

Il y a deux formes d'hyperdactylie, la vraie et la fausse; toutes deux sont des phénomènes d'atavisme.

La véritable hyperdactylie est constituée par le développement atavique d'un doigt ou d'un orteil disparu depuis longtemps, mais qui a eu autrefois une existence normale. Le doigt de cet orteil peut surgir indifféremment sur l'un ou l'autre bord de la main ou du pied. Chez l'homme, il existe bien des rudiments de doigts ou d'orteils non développés, mais la véritable hyperdactylie n'a jamais été observée.

La fausse hyperdactylie consiste en une division de doigts ou d'orteils qui normalement ne sont pas fendus. Chaque doigt se compose de deux moitiés, l'*hypo-* et l'*épidactylus*, il a donc la valeur morphologique d'un *hypépidactylus*. La *pseudohyperdactylie* n'est qu'une *dactyloschise*. Ce qui le prouve, c'est que les doigts surnuméraires de l'homme ne possèdent pas une musculature spéciale, comme cela devrait arriver, s'ils représentaient un doigt tout entier. PIERRE DELBET.

Anthrax intestinalis, par CORDUA (*Soc. méd. de Hambourg*, 12 *janv.* 1886).

Un ouvrier d'une grande pelleterie de Hambourg se présente avec une ulcération superficielle de la région sous-maxillaire droite qui est déjà fort œdématiée. L'état général est mauvais. L'auteur songe au charbon et l'examen histologique confirme ce diagnostic. Large excision des tissus ulcérés, cautérisation à la potasse caustique. Mort au bout de trois jours.

Il existe dans l'estomac, le jéjunum et l'iléon, de véritables furoncles dont la surface est en partie mortifiée. Le plus grand est celui de l'estomac.

L. GALLIARD.

Digitized by Google

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

I. — **Les bactéries et leur rôle dans l'anatomie et l'histologie pathologiques des maladies infectieuses, par CORNIL et BABÈS** (2e *édition, grand in-8° de* 840 *pages, Paris,* 1886).

II. — **Leçons sur les bactéries, par de BARY; traduction française, par WASSERZUG** (*in-8° de* 324 *pages, Paris,* 1886.)

III. — **Micro-organisms and diseases (micro-organismes et maladies), par E. KLEIN** (1 *vol. in-12° de* 264 *pages, Londres,* 1886).

I. — Il pouvait sembler périlleux, comme l'ont fait remarquer les auteurs dans la préface de la 1re édition, d'entreprendre dès l'époque actuelle un travail d'ensemble sur les bactéries. On devait se résigner à laisser chemin faisant bien des lacunes, à écrire avec des documents incomplets beaucoup de chapitres d'attente, et à voir un bon nombre de pages devenir inexactes ou insuffisantes avant même que l'ouvrage fût sorti de la presse.

Cornil et Babès ont lieu de se féliciter aujourd'hui de ne pas avoir reculé devant tant d'obstacles, car le rapide succès de leur beau livre a démontré combien il arrivait à propos. Moins d'un an après son apparition, une nouvelle édition est devenue nécessaire ; les auteurs en ont profité pour remanier un certain nombre de chapitres et pour en ajouter quelques autres, résultant des découvertes les plus récentes ; ils ont multiplié les détails relatifs à la technique et remplacé les planches hors texte de la première édition par de très belles gravures en couleur. Aussi leur ouvrage forme-t-il aujourd'hui le manuel de bactériologie le plus complet et le plus beau qui ait été publié dans aucun pays.

Le livre se divise en deux parties. La première, précédée d'une éloquente introduction, où le rôle des bactéries dans la nature est exposé avec une grande hauteur de vues, comprend d'abord un chapitre réservé à l'histoire naturelle des schizomycètes, puis une série de leçons sur la technique histologique, les méthodes de culture et la classification des bactéries ; les questions si importantes de l'inoculation bactérienne aux animaux et de l'atténuation des virus sont traitées ensuite avec tous les développements qu'elles comportent ; enfin un chapitre spécial est consacré aux maladies purement expérimentales, à celles que l'on provoque artificiellement par des inoculations bactériennes et qui n'ont pas d'analogues parmi les maladies spontanées des mêmes espèces animales.

Dans la seconde partie, qui occupe à elle seule près des trois quarts du volume, Cornil et Babès ont étudié chacune des maladies infectieuses ou bactériennes prise en particulier, en commençant par celles qui ne s'observent que chez certains animaux, comme le choléra des poules, le charbon symptomatique, le rouget du porc, et en réservant les plus longs développements à celles qui atteignent l'espèce humaine. Dans cette dernière et plus importante section de leur ouvrage, les auteurs se

Digitized by Google

sont attachés à ne pas voir uniquement l'organisme parasitaire, mais à étudier surtout les altérations des éléments anatomiques *en lutte* avec ce parasite : ils ont fait, en un mot, l'anatomie et l'histologie pathologiques complètes des maladies bactériennes, sans se borner, comme on l'a fait trop souvent, à envisager le micro-organisme seul, indépendamment du milieu vivant où il se développe. Cette préoccupation constante des réactions vitales (et des modifications organiques qui en sont la conséquence) est la note caractéristique du livre, et l'éminent professeur d'anatomie pathologique a su traiter ces questions difficiles avec sa précision et sa clarté ordinaires. Le chapitre consacré à la fièvre typhoïde, celui de la lèpre et surtout celui de la tuberculose peuvent être cités à cet égard comme des modèles.

Un court exposé du traitement de Pasteur contre la rage après morsure termine ce magnifique ouvrage, qui marque brillamment les grands progrès déjà obtenus en médecine par la microbiologie, cette science d'hier, et qui fait pressentir les succès plus grands encore réservés à l'avenir dans ce champ fécond.

II. — Ce volume est un petit résumé, fort bien fait, de l'histoire naturelle des bactéries, envisagées principalement au point de vue botanique. L'auteur y étudie avec grand soin ces micro-organismes dans leur forme, leur structure, leurs modes de développement et de reproduction. Il met en lumière les arguments irréfutables qui prouvent que les bactéries forment un grand nombre d'espèces distinctes, offrant chacune ses caractères propres et incapables de se transformer les unes dans les autres. Il recherche quelle est la place des bactéries dans la classification des êtres vivants, quelle est leur origine et dans quelles conditions elles végètent.

Passant ensuite aux relations des bactéries avec le monde extérieur, de Bary envisage leurs différents modes d'action sur ce milieu. Il distingue les micro-organismes en deux grandes classes : les *saprophytes*, qui se nourrissent aux dépens des substances mortes, et les *parasites* qui se trouvent à l'intérieur des êtres vivants ou à leur surface et qui, dans tous les cas, vivent à leurs dépens. Quelques espèces, pouvant à la fois s'adapter à ces deux manières de vivre, sont difficiles à classer.

Les saprophytes déterminent dans les corps où ils vivent des actions chimiques, consistant presque toujours en dédoublements avec fixation d'oxygène. Parmi ces opérations chimiques multiples on peut distinguer les oxydations complètes, aboutissant à la formation de l'eau et de l'acide carbonique, les oxydations incomplètes, ou fermentations avec oxygénation, comme il arrive dans la formation du vinaigre, les réductions de sulfates comme celle opérée par le micro-organisme connu sous le nom de Beggiatoa. On donne le nom général de fermentation aux cas où il se forme autre chose que des produits de pure oxydation ; on désigne plus spécialement comme putréfaction les décompositions de matières azotées qui sont accompagnées d'un dégagement de gaz plus ou moins putrides. Après un tableau général des propriétés des ferments, l'auteur étudie, sous forme d'exemples, quelques espèces des bactéries saprophytes et les fermentations qu'elles produisent ; ainsi les ferments de l'eau, ceux de l'urée, du vinaigre, du sucre, du lait (notamment le kéfir), ceux des matières végétales (bacillus amylobacter) et enfin des substances albuminoïdes,

Digitized by Google

font l'objet d'une description courte, mais très claire et suffisamment complète. Quant aux bactéries parasites, l'auteur n'a pas voulu en entreprendre l'étude détaillée ; il s'est borné à donner une idée générale du parasitisme et de son rôle considérable dans les phénomènes de la vie ; il a essayé un classement des bactéries parasites en *parasites obligatoires, parasites facultativement saprophytes* et *saprophytes facultativement parasites*; il distingue en outre ces micro-organismes en parasites utiles, parasites inoffensifs et parasites pathogènes. Mais il ne peut dissimuler à ses lecteurs ni à lui-même ce que ces divisions ont d'arbitraire, ni combien de facteurs accidentels peuvent les modifier et faire passer telle espèce de microbes d'une catégorie dans l'autre. Parmi les bactéries pathogènes, de Bary a choisi la mieux connue, le charbon, pour montrer le type d'une maladie infectieuse et tracer le tableau du développement d'un virus dans l'organisme. Il s'est limité à quelques renseignements très brefs sur les autres maladies reconnues aujourd'hui comme d'origine microbienne.

En résumé, ce petit ouvrage ne saurait tenir lieu d'un manuel de bactériologie ; mais, par les idées générales dont il est rempli, il présente son utilité très manifeste à côté d'autres livres plus spéciaux et plus complets. H. BARTH.

III. — La bactériologie n'est pas une science anglaise : il suffit pour s'en convaincre de jeter les yeux sur ce petit ouvrage. Les micro-orgagismes y sont étudiés consciencieusement, mais d'une manière si succincte, qu'il est difficile, au milieu d'une infinité de notions présentées sur le même plan, de distinguer celles qui sont capitales de celles qui n'offrent qu'un intérêt moindre et des garanties plus douteuses. L'auteur semble avoir eu peu d'espoir d'intéresser ses lecteurs à des questions qui dans son pays ne rencontrent guère que l'indifférence ou l'hostilité, comme on l'a vu récemment. Aussi s'est-il borné à rédiger une sorte de *guide bactériologique* à l'usage des praticiens auxquels il suffit de connaître en gros ce dont on parle. Même à ce point de vue élémentaire, le livre laisse encore beaucoup à désirer : les premiers chapitres, relatifs aux méthodes d'examen, de culture et d'inoculation des bactéries, sont à la vérité assez pratiques mais la description des microbes en particulier, basée uniquement sur la classification morphologique de Cohn, est empreinte du plus grand désordre, et les choses les plus disparates y sont présentées pêle-mêle : la septicémie de la souris à côté de la fièvre typhoïde de l'homme, et la stomatite aphteuse du veau immédiatement après la malaria. L'histoire de chaque micro-organisme est d'ailleurs si écourtée que sans les figures, qui sont claires et bien faites, il serait impossible de se former une idée nette de ce que l'auteur a voulu décrire. Cette obscurité semble parfois voulue ; ainsi, à propos du microbe du rouget du porc, on n'arrive pas à saisir si l'auteur continue à envisager comme pathogène le grand bacille qu'il a trouvé dans les ulcérations intestinales, ou s'il reconnaît comme cause de la maladie le très petit bâtonnet décrit par Schutz et qui n'est autre, comme l'a prouvé Roux par ses belles photographies, que le microbe depuis longtemps isolé et atténué au laboratoire de Pasteur. — A ce propos, nous regrettons d'être obligé d'ajouter qu'il semble y avoir chez Klein un parti pris d'ignorer les plus importants travaux de l'école bactériologique française, tandis

Digitized by Google

que les moindres communications du *Gesundheitsamt* sont reproduites avec grand soin, surtout quand elles se trouvent en opposition avec les faits annoncés par Pasteur, les découvertes du savant français sont ou à peine mentionnées, ou entièrement passées sous silence; dans le chapitre consacré à l'atténuation des virus, et à la vaccination des maladies infectieuses, son nom n'est même pas prononcé. Inutile d'ajouter qu'il n'est fait aucune allusion au traitement de la rage après morsure. H. BARTH.

I. — Zur Frage der sogenannten Syphilis-bacillen und der Tuberkelbacillenfarbung (De la coloration des soi-disants bacilles de la syphilis et de celle des bacilles tuberculeux), par BIENSTOCK (*Fortschritte der Med.*, *n°* 6, 1886).

II. — Die Beeinflussung des Farbungsverhaltens von Mikroorganismus durch Fette (Variabilité de coloration des micro-organismes sous l'influence des matières grasses), par GOTTSTEIN (*Ibid.*, *n°* 8, 1886).

I. — Bienstock pense que les réactions des bacilles de la syphilis, décrits par Lustgarten, vis-à-vis les matières colorantes et les agents décolorants (permanganate de potasse, acide sulfureux) appartiennent, non pas au bacille lui-même, mais à ce fait qu'il se développe dans une atmosphère graisseuse. En effet, la plupart des bacilles connus présentent les mêmes réactions que les bacilles dits de la syphilis, si l'on se place dans de certaines conditions. Il faut ajouter à la gélatine de Koch 20 0/0 de beurre et l'on peut alors facilement se rendre compte que les bacilles qui se développent dans la couche de beurre présentent les réactions décrites par Lustgarten, tandis que ceux qui croissent au-dessus d'elle ou au-dessous, dans la gélatine, ne se différencient en rien des bacilles ordinaires vis-à-vis les agents décolorants. Les bacilles de Lustgarten ne seraient donc constitués que par des epèces différentes de bacilles vulgaires vivant dans les plis du prépuce, de l'anus, des grandes lèvres, etc., au milieu de matières grasses.

Les bacilles développés sur le beurre présentent une résistance très énergique à la décoloration par l'acide nitrique, plus accusée encore que celle des bacilles tuberculeux. Les propriétés de ceux-ci ne tiendraient-elles pas à ce qu'ils vivent dans les cavernes pulmonaires? La réaction d'Ehrlich a-t-elle toute la valeur qu'on lui donne? Telles sont les questions que se pose Bienstock.

Si les bacilles tuberculeux résistent à la décoloration par le mélange d'acide nitrique et d'alcool, tandis que les bacilles qui se sont développés sur le beurre n'y résistent pas, peut-être cela tient-il à ce fait, que le bacille de Koch s'est aussi enveloppé d'une couche albumineuse qui protège ainsi la mince couche de graisse qui l'entoure contre sa dissolution par l'alcool.

II. — L'auteur arrive à peu près aux mêmes conclusions que Bienstock (voir ci-dessus), par des expériences confirmatives faites surtout à un point de vue différent; les bacilles qui se sont développés dans une athmosphère graisseuse, les bacilles du smegma, du cérumen, peuvent être dépouillés de toute enveloppe graisseuse et perdre leurs propriétés de résistance aux agents décolorants. Il faut pour cela placer les préparations dans une solution de potasse caustique (2 à 5 0/0) dans l'alcool, qu'on fait chauffer jusqu'à bouillonnement; les préparations y sont lais-

Digitized by Google

sées 10 minutes, puis elles sont soigneusement lavées à l'eau et à l'alcool. Traitées de cette manière, puis colorées, elles ne résistent plus à a décoloration ; elles ont alors perdu leurs propriétés que l'on voulait regarder comme caractéristiques. Les bacilles de Koch, seuls, traités de cette manière, conservent leur résistance aux agents décolorants.

W. ŒTTINGER.

Eine Methode zur Conservirung der Culturen in den Koch'schen Gelatineplatten (Méthode pour la conservation des cultures sur plaques), par GARRÉ (*Fortschritte der Medicin.*, *n°* 12, 1886).

La partie de la culture qu'on désire conserver est séparée du reste de la plaque avec un couteau stérilisé, placée quelques instants dans l'eau, puis montée sur une lame porte-objet. On place le tout dans un dessiccateur pendant une demi-heure ou une heure, ou simplement sous une cloche stérilisée jusqu'à ce que, par la dessiccation, la lamelle de gélatine n'ait plus que le 1/3 de son volume primitif. On dépose ensuite sur la préparation une goutte de gélatine glycérinée liquéfiée à une douce chaleur, puis on la recouvre d'une lamelle couvre-objet. Protégées ainsi contre une dessiccation qui les rendrait impropres à l'examen, les cultures préparées de cette façon peuvent se conserver longtemps, en gardant leurs formes, leurs couleurs, leur aspect caractéristiques. W. ŒTTINGER.

Ueber eine neue Methode zur Conservirung und Weiterzuchtung der Gelatineculturen (Nouvelle méthode pour conserver et cultiver de nouveau les cultures sur gélatine), par PLAUT (*Fortschritte der Medicin.*, *n°* 13, 1886).

La partie de la culture qu'on veut conserver est placée sur une lame porte-objet sur laquelle on a déposé une très petite goutte d'eau stérilisée ; la lamelle est chauffée légèrement, puis la gélatine recouverte d'une lame porte-objet ; la gélatine une fois solidifiée, on lute la préparation qui peut être très longtemps conservée. Celle-ci peut être facilement examinée, et il est possible également de l'utiliser pour faire plus tard de nouvelles cultures ; il suffit alors de dissoudre la substance qui a servi à luter la préparation.

La culture ainsi conservée s'arrête dans son développement ; seuls, les microbes anaérobies peuvent encore s'accroître ; encore, faut-il, au lieu d'une goutte d'eau, placer une goutte de substance nutritive stérilisée, telle, par exemple, que du bouillon de viande sucré ; sans cela, en effet, les produits de déchets s'accumulant autour de la culture, en même temps que le milieu nutritif diminue de quantité, les micro-organismes s'arrêtent dans leur développement.

Si les cultures ont été faites dans des tubes, on peut employer aussi le même procédé, après avoir cassé le récipient au moyen d'une lime. Il est inutile d'ajouter que toutes ces préparations se font en s'entourant de toutes les précautions possibles de l'antisepsie la plus rigoureuse.

W. ŒTTINGER.

Bacteriologische Mittheilungen (Études bactériologiques), par A. FRAENKEL (*Zeitsch. für klin. Medicin.*, *Band X*, *p.* 401-462).

1° *Microbes de la septicémie salivaire.* Il existe dans la salive normale

Digitized by Google

des microbes susceptibles de produire des accidents de septicémie. Fraenkel a pu les retrouver également dans les crachats provenant de diverses affections pulmonaires. Dans quelques cas pourtant, les accidents s'écartaient du type ordinaire décrit par Pasteur et consistaient en une formation successive d'abcès. — Quand le bouillon de culture a été maintenu pendant plus de 24 heures à 35° et a subi un commencement de putréfaction, les accidents cessent de se produire au moins sous forme de septicémie salivaire. Ils persistent et ont peut-être même plus d'intensité quand le travail de putréfaction a duré moins de vingt-quatre heures. Les lapins sont de tous les animaux ceux chez qui l'inoculation réussit le mieux. Après cette inoculation, on trouve dans le sang des cocci qui ressemblent beaucoup à ceux de la pneumonie. En les colorant par la méthode de Friedlaender, on constate pourtant que leur capsule reste le plus souvent incolore au lieu de devenir légèrement bleue. Mais les exceptions sont trop fréquentes pour qu'on puisse établir ainsi une distinction positive. Le sang où existent ces microcoques possède des propriétés infectieuses très marquées et il est facile de faire des inoculations successives. — Quand on injecte le sang dans le tissu cellulaire, la plèvre ou le poumon, la mort est certaine. Si, au contraire, on se contente de l'inoculer par une incision faite à l'oreille, on voit assez souvent la guérison survenir après des accidents plus ou moins graves. Cette guérison confère l'immunité pour les autres inoculations. Cette immunité semble exister naturellement chez quelques animaux. Rare chez les lapins, elle est constante chez les chiens, les poules et les pigeons.

Chez les animaux qui meurent, la lésion la plus constante est le gonflement de la rate qui atteint trois ou quatre fois son volume normal. La péritonite est assez fréquente.

Les cultures sont assez délicates. Elles échouent facilement si la température n'est pas maintenue à 30 ou 35°, si la neutralisation du bouillon n'est pas parfaite. Une température de 41° pendant plusieurs jours, de 42° pendant vingt-quatre heures, suffit pour anéantir la virulence. Mais, quand les cultures réussissent, les résultats sont d'une netteté parfaite, on trouve exclusivement les microbes de la septicémie. Quant aux lésions produites par les microbes de culture, elles diffèrent un peu de celles des inoculations directes; il existe en effet une hépatisation assez étendue des poumons.

Le microbe de la septicémie salivaire diffère de celui de la septicémie ordinaire du lapin. Il tue deux fois plus lentement; inoculé à l'oreille il n'entraîne pas fatalement la mort. Il produit souvent, dans cet organe, des accidents locaux, très rares avec l'autre variété. Enfin il n'est pas, comme lui, cultivable dans la gélatine à 20°.

2° *Les microcoques de la pneumonie.* Dans toutes les autopsies de pneumonies franches qu'il a faites, et le nombre en est considérable, Fraenkel a toujours trouvé des microcoques. Il n'en a jamais rencontré d'analogues dans les inflammations bâtardes, les bronchopneumonies par exemple. Il remarque en passant que, dans les bronchopneumonies secondaires à la diphtérie, à la fièvre typhoïde, il a pu retrouver des microorganismes analogues à ceux de la maladie primitive.

Mais les microcoques pneumoniques étaient-ils des microcoques de

Digitized by Google

Friedlaender ou étaient-ils analogues à ceux de la septicémie salivaire?— En les cultivant, on obtient en injectant les liquides de culture des résultats tout à fait analogues à ceux qu'on observait dans la septicémie salivaire. Il importe de remarquer qu'il était fort rare, même en faisant l'injection dans le poumon, d'avoir une inflammation de cet organe; l'inflammation de la plèvre et du péricarde étaient au contraire relativement fréquentes.

Sans aller d'ailleurs jusqu'à regarder les deux variétés de microcoques comme n'en faisant qu'une, Fraenkel croit qu'elle peuvent toutes deux produire des pneumonies franches. Mais pour lui l'action la plus fréquente appartiendrait au microbe de la septicémie salivaire. On le rencontre en effet en grande abondance dans les crachats des pneumoniques tandis que jusqu'ici on n'a pu y trouver l'autre variété. M. DEBOVE.

Kapselcoccen bei der Bronchopneumonie (Coccus encapsulés dans la bronchopneumonie), par PIPPING (*Fortschritte der Medicin.*, 10 *mai* 1886).

Suivant l'auteur, on peut trouver dans certaines formes de bronchopneumonie les mêmes coccus que Friedlaender a décrits dans la pneumonie franche; le nombre de ces bronchopneumonies n'est cependant pas très considérable et il est probable que des agents divers peuvent déterminer cette affection. W. O.

Septische Pleuro-pneumonie der Kälber (Pleuro-pneumonie septique des veaux), par POELS (*Fortschritte der Med. n°* 12, 1886).

Dans les environs de Rotterdam, l'auteur a eu l'occasion d'observer plusieurs veaux âgés de 5 à 7 semaines, qui en quelques heures furent pris de symptômes graves, se caractérisant par une fièvre très élevée, de la dyspnée; plusieurs périrent et l'autopsie permit de constater toutes les lésions macroscopiques d'une pleuro-pneumonie, hépatisation pulmonaire, épanchement purulent ou séro-purulent dans la plèvre et dans le péricarde.

Dans tous les organes, poumons, reins, rate, foie, sang, etc., on trouva une grande quantité de micro-organismes, assez semblables morphologiquement, dit l'auteur, à ceux de la septicémie de la souris ou du rouget du porc.

Ces organismes se cultivèrent assez facilement dans du bouillon de poulet, sur la gélatine, mais mieux encore sur l'agar-agar, formant de très petites colonies, presque transparentes.

Huit lapins inoculés moururent dans l'espace de 15 à 35 heures après l'opération; l'autopsie montra de l'hépatisation pulmonaire avec épanchement séro-purulent de la plèvre, une intumescence de la rate et du foie, etc.; des cobayes, des veaux inoculés succombèrent aussi rapidement en présentant les mêmes symptômes, fièvre, dyspnée, abattement, etc., et les mêmes lésions anatomiques. W. ŒTTINGER.

Influence de la lumière blanche et de ses rayons constituants sur le développement et les propriétés du bacillus anthracis, par ARLOING (*Arch. de physiologie*, 1er *avril* 1886.)

1° La lumière blanche du gaz nuit légèrement à la végétation du bacillus anthracis;

Digitized by Google

2° Le soleil de l'été supprime rapidement la végétabilité des spores si ses rayons pénètrent facilement dans le milieu liquide qui les tient en suspension;

3° Le soleil de l'été diminue graduellement la végétabilité du mycélium et peut transformer les cultures en une série de vaccins, aussi sûrement que la chaleur;

4° Ces effets sont obtenus avec lumière complète et non par l'un quelconque de ses rayons constituants;

5° Ils sont en raison de l'intensité des rayons et de la transparence des milieux;

6° La lumière est un agent biologique très important dans la vie des infiniment petits;

7° La lumière est probablement un facteur de l'atténuation de plusieurs virus, sinon de tous les virus. A. GILBERT.

Sur les poisons qui existent normalement dans l'organisme et en particulier sur la toxicité urinaire, par Ch. BOUCHARD (*Acad. des sciences, mars* 1886).

Les principes chimiques constitutifs de l'organisme peuvent devenir nuisibles, toxiques dans le sens habituel du mot, quand ils sont hors de proportion normale. L'homme, à l'état physiologique, est traversé incessamment par des poisons introduits ou formés dans son corps; trois causes principales font qu'il échappe à cette intoxication toujours imminente :

1° Certains poisons sont détruits par les oxydations intra-organiques;

2° D'autres sont arrêtés ou détruits par le foie;

3° La plupart sont excrétés par divers émonctoires.

Il est possible d'apprécier physiologiquement le degré de toxicité des poisons qui ont échappé à l'action destructive des oxydations et à l'action du foie. Pour cela, il suffit de déterminer expérimentalement le degré de toxicité des matières expulsées par chaque émonctoire.

Pour cette recherche, le professeur Bouchard prend une unité, un terme de comparaison, ce qu'il appelle une toxie. Une toxie est la quantité nécessaire pour tuer un kilogramme de matière vivante. La matière vivante prise comme type a toujours été le lapin.

Dans cette note, Bouchard se propose d'étudier la toxicité et le degré de toxicité des matières éliminées par la sécrétion urinaire.

Le premier phénomène qui suit l'injection intra-veineuse d'urine normale est la contraction de la pupille; le second est l'accélération avec diminution d'amplitude des mouvements respiratoires. Puis l'animal s'affaiblit. La sécrétion urinaire augmente, et la température s'abaisse. La mort arrive, en général, sans convulsions ou avec des secousses musculaires modérées; le plus souvent l'animal meurt dans le coma. Si l'on arrête l'injection avant ce moment, l'animal revient à lui après avoir présenté une polyurie excessive. Il est rare qu'il ait des accidents ultérieurs et que le retour à la santé ne soit pas complet. L'albuminurie est rare.

L'abaissement de la température est dû à une diminution de la calorification déterminée par l'injection d'urine.

La quantité d'urine normale nécessaire pour tuer un kilogramme de matière vivante, l'urotoxie, en un mot, est très variable. Elle oscille

Digitized by Google

entre 10 centimètres cubes par kilogramme et 122 centimètres cubes. En moyenne, une urotoxie est représentée par 45 centimètres cubes de l'urine normale de l'homme adulte. Ce chiffre prouve que l'urine injectée dans les veines ne tue ni par action mécanique sur l'appareil circulatoire, ni par action physique sur le sang. Elle tue seulement par les matières qu'elle tient en dissolution.

La détermination de l'urotoxie permet d'établir le coefficient urotoxique de l'homme, c'est-à-dire la quantité d'urotoxies que l'unité de poids fabrique et élimine dans l'unité de temps. L'homme met en moyenne deux jours et quatre heures pour fabriquer la masse de poison urinaire qui serait capable de l'intoxiquer lui-même. Ce coefficient varie peu à l'état de santé, mais beaucoup à l'état de maladie.

RICHARDIÈRE.

I. — Sur les variations de la toxicité urinaire pendant la veille et pendant le sommeil, par Ch. BOUCHARD (*Acad. des sciences*, 11 *mai* 1886).

II. — Influence de l'abstinence, du travail musculaire et de l'air comprimé sur la toxicité urinaire, par Ch. BOUCHARD (*ibid.*, 17 *mai* 1886).

I. — La toxicité des urines varie suivant certaines circonstances physiologiques, en particulier suivant l'état de veille et suivant l'état de sommeil. A volumes égaux, les urines du sommeil sont presque toujours moins toxiques que celles de la veille; elles ont *toujours* une toxicité totale moindre que les urines sécrétées pendant un égal temps de la période de veille. En huit heures de sommeil, l'homme élimine deux à quatre fois moins de poison urinaire que pendant huit heures de veille. Au moment où l'homme s'endort, la toxicité urinaire est au minimum; elle augmente régulièrement pendant le sommeil, et, au moment du réveil, elle est cinq fois plus grande qu'au début du sommeil. Elle continue alors à augmenter et acquiert son maximum huit heures après le réveil. La décroissance commence à ce moment. L'alimentation n'a qu'une part secondaire dans cette moindre toxicité des urines du sommeil. Il suffit en effet de remarquer que si l'excès des poisons de la veille était fourni par les aliments, ou par la sécrétion des sucs digestifs, ou par l'acte même de la digestion, la toxicité devrait augmenter au lieu de diminuer pendant la seconde moitié de la journée; qu'elle devrait décroître au lieu d'augmenter pendant le sommeil, et que le minimum devrait être au réveil, et non au moment où l'homme s'endort.

Les urines de la veille et celles du sommeil diffèrent encore au point de vue de la qualité du poison. Les urines de la veille sont narcotiques; celles du sommeil sont convulsivantes. Pendant la veille, le corps fabrique une substance qui, accumulée, produirait le sommeil; pendant le sommeil, il élabore une substance convulsivante qui, accumulée, pourrait produire la secousse musculaire et provoquer le réveil.

Les poisons de la veille et les poisons du sommeil sont antagonistes. L'un est le contrepoison de l'autre. Si l'on mélange les urines de la veille et les urines du sommeil proportionnellement à leurs masses respectives, la toxicité du mélange ne représente que les deux tiers de la somme des toxicités partielles.

II. — En divisant la journée de vingt-quatre heures en trois périodes de huit heures, dont l'une est consacrée au sommeil, et en faisant prendre,

Digitized by Google

au début de chaque période, un repas toujours identiquement le même, comme nature et comme poids des aliments et des boissons, Bouchard a pu instituer une série d'expériences qui lui ont permis d'étudier les variations de la toxicité urinaire aux différentes heures de la journée, sans que ces variations soient en aucune façon imputables à l'alimentation. Dans cette série d'expériences où les variations de la toxicité ne sont plus influencées par l'alimentation, les rapports sont comme les nombres 3; 7,5; 5,5, c'est-à-dire sensiblement les mêmes que ceux indiqués dans une note précédente. L'augmentation de la production et de l'élimination du poison commence encore à l'instant où l'homme s'endort; la diminution de l'élimination commence au milieu de la période de veille.

En supprimant le repos du début de l'une des périodes de huit heures, la période de sommeil, et en comparant la toxicité des urines sécrétées pendant cette période où l'homme était en abstinence à la toxicité des urines sécrétées par le même individu pendant la même période, alors qu'il avait sa ration régulière, Bouchard se rend compte de l'influence de l'abstinence sur la toxicité des urines. Or, l'abstinence augmente de moitié cette toxicité. Ce résultat peut s'expliquer par la surabondance des matières organiques incomplètement oxydées qui caractérisent les urines de l'abstinence. L'homme, réduit à vivre aux dépens de sa propre substance, détruit plus difficilement et plus incomplètement la matière vivante.

La même interprétation (entrave apportée aux oxydations) est applicable à l'augmentation de la toxicité pendant le sommeil, lequel s'accompagne d'une moindre consommation d'oxygène.

Inversement, on peut expliquer par l'activité du jour la diminution de la toxicité de la seconde moitié de la période de veille, pendant laquelle l'oxygène est consommé en plus grande quantité. En effet, le travail musculaire au grand air supprime 30 0/0 de la toxicité des urines émises en vingt-quatre heures. Il supprime 27 0/0 de la toxicité de la veille, et son influence s'étend au sommeil en faisant perdre aux urines de ce sommeil 40 0/0 de leur toxicité.

En résumé, dans ces cinq conditions physiologiques : alimentation normale, abstinence, sommeil, veille au repos, veille en activité musculaire, les variations de la toxicité dépendent surtout de l'intensité plus ou moins grande des oxydations. Ce fait est confirmé par l'influence de l'air comprimé sur les variations de la toxicité urinaire chez un homme sain enfermé dans la cloche sous une pression de 116 centimètres.

RICHARDIÈRE.

Essai expérimental sur le pouvoir toxique des urines fébriles, note par V. FELTZ (*Comptes rend. Acad. des sciences*, 12 *avril* 1886).

En expérimentant avec des urines de sujets atteints de diverses fièvres (typhoïde, scarlatine, pneumonie, rhumatisme aigu), on constate que les accidents dits urémiques se montrent beaucoup plus vite que lorsqu'on emploie des urines normales; en effet, sur les chiens, les doses d'intoxication sont alors de deux tiers ou de moitié inférieures; de plus le pouvoir toxique des urines fébriles n'obéit pas, comme pour les urines normales, à la loi de proportionnalité des densités; il y a donc, dans les

Digitized by Google

urines pathologiques fébriles des agents de toxicité qui ne se trouvent pas dans les urines normales ou qui ne sont représentés dans celles-ci que par des quantités relativement très faibles. MATHIAS DUVAL.

Experimentelle Erzeugung typischer Knochentuberculose (Production expérimentale de tuberculose osseuse), par W. MÜLLER (*Cent. f. Chirurgie, n° 14, p. 233, 1886*).

L'auteur se propose de démontrer que le courant sanguin artériel joue dans la propagation de la tuberculose un rôle beaucoup plus important que le courant veineux. Dans ce but, il a institué des expériences, qui consistent à injecter la matière tuberculeuse dans les artères des membres. Il se proposait surtout de produire de la tuberculose osseuse. Après quelques essais infructueux, il est arrivé à faire pénétrer la matière à injection dans l'artère nourricière du tibia chez des cochons, des chèvres et des moutons. Les chèvres se sont montrées particulièrement favorables, et dans presque toutes les expériences faites sur ces animaux, il a obtenu la production de foyers tuberculeux absolument semblables à ceux de l'homme. C'est donc par le processus de l'embolie que se produisent les foyers tuberculeux. PIERRE DELBET.

Thyroïdectomie expérimentale sur le lapin, par G. TIZZONI (*Arch. ital. de Biol. t. VII, fasc. 2, p. 198*).

Les expériences entreprises par l'auteur l'ont amené à conclure que l'extraction complète de la thyroïde du lapin est compatible avec la vie de l'animal et ne produit aucun changement dans sa santé. La composition du sang est la même après qu'avant l'opération et les fonctions du système nerveux s'exécutent comme par le passé. Lorsque l'animal subit l'opération très jeune, il se développe aussi régulièrement qu'un lapin non opéré. Enfin, la splénectomie n'a pas de conséquences plus graves chez les animaux sans thyroïde que chez ceux qui en sont pourvus. C. GIRAUDEAU.

Des lésions du rein produites par l'oblitération expérimentale de l'artère rénale, par G. MARON (*Thèse de Paris*, 1885).

Après la ligature de l'artère rénale, une congestion intense du rein se produit, mais disparaît le deuxième jour, ne laissant plus dans les vaisseaux que des globules blancs avec un coagulum fibrineux.

Au sixième jour, les glomérules commencent à dégénérer ; ils diminuent de volume (épaississement de la capsule de Bowman) et finissent par être détruits complètement, mais seulement au bout d'un temps plus ou moins long.

Du côté des tubes, les épithéliums dégénèrent rapidement ; dès les premiers jours, ils se décollent et subissent la transformation graisseuse, à laquelle s'ajoute la dégénérescence calcaire.

Les zones de coloration du rein opéré sont dues à quatre causes : 1° présence des globules blancs ; 2° dégénérescence graisseuse ; 3° dégénérescence calcaire ; 4° néphrite conjonctive.

Cette dernière commence à se développer le troisième jour après l'opération, et la prolifération conjonctive, qui peut envahir la totalité de

Digitized by Google

l'organe, semble provenir : 1° du tissu conjonctif environnant les gros vaisseaux, le calice et l'uretère, qui envahit les pyramides ; 2° de celui des vaisseaux intermédiaires aux substances corticale et médullaire, lieu de la circulation collatérale ; 3° de celui de la capsule.

Pendant ce temps, le rein du côté opposé subit une hypertrophie compensatrice portant principalement sur les tubes contournés et les glomérules, et accompagnée d'une néo-formation de vaisseaux. R. JAMIN.

I. — Sulla riproduzione sperimentale della milza (Sur la reproduction expérimentale de la rate), par S. CECCHINI (*Rassegna di scienze mediche*, 1886).

II. — Sulla presunta riproduzione totale della milza (Sur la prétendue reproduction totale de la rate), par le même. (*Rassegna di scienze mediche*, 1886)

I.-II. — L'extirpation totale de la rate chez la grenouille, le triton, la salamandre, le chien, le poulet et le lapin n'est jamais suivie de la reproduction de l'organe ; mais lorsqu'on laisse en place des débris de la capsule ou du parenchyme splénique, lorque la rate se rompt pendant l'ablation et que des fragments de son tissu se répandent le long du trajet suivi par l'organe au moment de l'extirpation, ou lorsqu'on sème des petits fragments de rate sur le péritoine du voisinage, on voit se reproduire des nodules plus ou moins volumineux de tissu splénique. Les nodules spléniques observés chez les chiens qui n'ont subi aucune opération sur la rate doivent être attribués à une rupture spontanée ou traumatique de la rate. GEORGES THIBIERGE.

Sull' influenza della extirpazione delle capsule soprarenali sull'organismo animale, par A. GILIBERTI et E. di MATTEI (*Atti della societa di scienze naturali ed economiche di Palermo*, 1885).

L'extirpation d'une ou des deux capsules surrénales chez les chiens est compatible avec la vie ; elle détermine une destruction rapide et passagère des globules rouges, une diminution de l'hémoglobine, une diminution du chiffre de l'urée et de la quantité journalière de l'urine, une augmentation de l'urobiline dans l'urine. Les modifications dans le nombre des globules rouges présentent une intensité et une durée à peu près égales après l'extirpation simultanée des deux capsules et après l'extirpation d'une seule capsule. Le poids de l'animal diminue dans les premiers jours, puis s'accroît et en quelques jours atteint et dépasse le poids normal. Il n'y a pas de taches pigmentaires sur la peau et les muqueuses apparentes à l'extérieur chez des animaux opérés depuis 17 et 52 jours. Les globules blancs, la température, le pouls et la respiration ne subissent que de faibles modifications. Les organes ne présentent à l'autopsie aucune altération digne d'être notée. GEORGES THIBIERGE.

Experimentelle und histologische Untersuchungen ueber compensatorische Muskelhypertrophie bei Darmstenosen (Recherches expérimentales et histologiques sur l'hypertrophie musculaire compensatrice dans les rétrécissements de l'intestin), par E. HERCZEL (*Zeitschrift für klinische Medicin.*, *Band XI*, *p.* 320-341).

Herczel a étudié les modifications anatomiques qui se produisent dans

Digitized by Google

l'intestin du lapin, après qu'on a au moyen d'une ligature déterminé un rétrécissement artificiel :

1° On constate que l'intestin est devenu notablement plus long qu'à l'état normal. Cet allongement porte surtout sur les portions situées au-dessus du point rétréci. Sa circonférence est aussi beaucoup plus grande au-dessus de ce point qu'au dessous. Cette différence augmente à mesure qu'on s'éloigne davantage de la date de l'opération.

2° Au microscope, on constate un épaississement de la paroi intestinale au-dessus du rétrécissement. Cet épaississement porte presque exclusivement sur la tunique musculaire. Il est constitué par une véritable hypertrophie (au sens de Virchow) et non par une hyperplasie des éléments de cette couche. La structure et les rapports de ces éléments ne sont d'ailleurs pas essentiellement modifiés; ils ne subissent pas d'augmentation numérique.

Les autres tuniques de l'intestin ne prennent pas part à l'hypertrophie. On ne trouve même pas de changement dans le tissu conjonctif qui fait partie de la tunique musculaire.

L'hypertrophie semble commencer au quatrième ou cinquième jour après l'opération. Le neuvième jour, elle est déjà bien visible. A partir de ce moment, elle paraît marcher parallèlement à l'allongement de l'intestin.

M. DEBOVE.

Experimentelle Beiträge zur Lehre vom interstitiellen Knochenwachsthum (Contribution expérimentale à l'étude de l'accroissement interstitiel des os), par Georg EGGER (*Arch. f. path. An. u. Phys. XCIX, Heft* 1, *p.* 1).

Le tissu osseux une fois infiltré de substances calcaires peut-il s'accroître? Von Gudden qui, le premier, s'est occupé de cette étude affirmait l'existence de cet accroissement interstitiel. Mais on lui objecta que ses expériences étaient faites dans des conditions défectueuses. Georg Egger reprend l'étude de cette question et vient à son tour affirmer que le tissu osseux peut s'accroître. Pour cela, il est important d'instituer les expériences sur des animaux très jeunes ; l'auteur recommande comme technique de creuser dans les os des orifices de petit volume dans lesquels on abandonne un cheveu préalablement antisepsié; de cette façon, les deux points qui servent à mesurer l'accroissement de l'os ont des dimensions assez fines pour qu'on puisse obtenir des mesures exactes. Enfin, il insiste pour que les points de repère soient choisis sur une surface osseuse plane, parce que, sur des os présentant des courbures, les variations de ces courbures viennent exagérer les résultats à obtenir.

P. GALLOIS.

Digitized by Google

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Sulla rapidita di eliminazione di alcune sostanze medicamentose nell'uomo sano e l'infermo (De la rapidité de l'élimination des substances médicamenteuses à l'état sain ou à l'état de maladie), par OTTOLENGHI (*Rivista clin. di Bol., fév.-mars* 1886).

Dans la maladie de Bright aiguë et dans toutes les autres maladies fébriles graves, on trouve un retard dans l'élimination de certaines substances médicamenteuses et notamment de l'iodure de potassium et du salicylate de soude, soit par les urines, soit par la salive. Dans la maladie de Bright chronique, l'élimination des remèdes retarde à son début, mais s'effectue dans le temps normal. Dans les gastrites chroniques et la dilatation de l'estomac, l'élimination commence par les urines plutôt que par la salive, et s'achève moins rapidement pour celle-ci. L'oligurie s'accompagne de retard dans l'élimination de l'iodure de potassium par la salive et les urines. L'albuminurie par elle-même n'influe pas sur la rapidité plus ou moins grande de l'élimination des remèdes. Dans les processus fébriles il y a un notable retard dans l'élimination des remèdes par les urines et par la salive. Toutes les substances volatilisables, telles que la térébenthine, sont absorbées dans toutes les formes de mal de Bright. Les substances médicamenteuses introduites par voie hypodermique sont plus rapidement éliminées que lorsqu'elles sont administrées par le tube digestif.

Dans ce travail accompagné de recherches bibliographiques étendues, l'auteur a résumé dans des tableaux très détaillés ses expériences sur l'élimination du salicylate de soude et de l'iodure de potassium dans les maladies du rein et dans diverses affections aiguës et chroniques.

F. BALZER.

On the relationship of the formation of urea and uric acid to the secretion of bile (Sur les relations réciproques de la formation de l'urée et de l'acide urique avec la sécrétion biliaire), par Noël PATON (*Brit. med. journ., p.* 377, *fév.* 1886).

L'auteur, pour résoudre cette question, a expérimenté sur des chiens avec les principaux médicaments dits cholagogues, et il a recueilli et analysé très exactement les urines des animaux en expérience au point de vue de l'urée et de l'acide urique. Voici les chiffres auxquels il est arrivé :

1° *Salicylate de soude.* Diminution notable de la quantité d'urine émise, accroissement de l'urée, diminution de l'acide urique;

2° *Benzoate de soude.* A la dose de 0gr, 50 à 0gr, 58 par kilogramme d'animal, pas de changements dans la quantité des urines, notable accroissement de l'urée, diminution légère de l'acide urique;

3° *Colchique.* A la dose de 0gr, 02 à 0gr, 03 par kilogramme d'animal,

Digitized by Google

donne lieu à un accroissement considérable de l'urée ou de l'acide urique, plus marqué pour les petites quantités du médicament que pour les doses massives;

4° *Bichlorure de mercure.* Accroissement de l'urée de l'acide urique et de la quantité des urines;

5° *Evonymine.* A la dose de 0,04 à 0,10, accroît légèrement la quantité des urines, celle de l'urée et de l'acide urique. A plus forte dose, c'est un purgatif, qui n'accroît pas sensiblement l'élimination de l'urée.

Il ressort donc de ces recherches que les excitations de la fonction biliaire par ces divers médicaments s'accompagne d'un excès de production de l'urée, il s'agit bien d'un excès de production, et non d'élimination, car après la suppression du médicament, le taux de l'urée ne retombe pas au chiffre normal, il reste pendant quelque temps au-dessus de la moyenne. Comme conclusion, l'auteur admet que la formation de l'urée dans le foie est en raison directe de la sécrétion biliaire.

Il est intéressant de faire remarquer, au point de vue de la thérapeutique de la goutte, que le colchique, loin de diminuer la production de l'acide urique, l'augmente, contrairement aux idées communément admises. H. R.

Propriétés hypnotiques de l'uréthane, par Henri HUCHARD (*Société de thérapeutique, 27 janvier* 1886).

A la dose de 3gr,75, l'uréthane abaisse la température rectale du lapin à 38°,4, détermine de la contraction pupillaire. Puis survient un sommeil cataleptiforme qui dure plusieurs heures.

Huchard a employé ce médicament 26 fois chez l'homme et a toujours obtenu, à la dose de 3 à 4 grammes, un sommeil calme et prolongé, sans cauchemar. Ce médicament a les avantages suivants :

Faible pouvoir toxique, grande solubilité dans l'eau, saveur non désagréable, facile administration chez les enfants, excellents effets produits chez les cardiaques et les phtisiques. L'uréthane est inférieure à la morphine, lorsqu'il s'agit de combattre l'insomnie due aux douleurs. En effet il est hypnotique pur, et est dépourvu de propriétés anesthésiques.

H. RICHARDIÈRE.

I. — Das Urethan als Hypnoticum, par STICKER (*Deutsche med. Woch., n° 48,* 1885).

II. — Recherches sur l'action thérapeutique de l'uréthane, par A. MAIRET et COMBEMALE (*Académie des sciences, 5 avril* 1886).

I. — L'auteur s'associe, après expérimentation, aux conclusions de Jaksch. L'uréthane est bien supporté par les malades; il ne produit aucun accident incommode; le sommeil que les malades lui doivent est absolument analogue au sommeil normal, physiologique.

Les observations ont porté sur 27 malades de la clinique de Riegel, à Giessen; le médicament était d'abord administré à la dose de 1 gramme, puis on prescrivit 2, 3 et 4 grammes.

Ce n'est pas un narcotique, mais un hypnotique. L. GALLIARD.

II. — Ce médicament a été administré plus de 300 fois, chez 37 malades aliénés, à des doses variant de 50 centigrammes à 5 grammes

Digitized by Google

dans les 24 heures. Dans la démence par athéromasie et dans la démence paralytique, on n'obtient aucun effet. Dans les autres formes d'aliénation mentale, les effets varient suivant l'intensité de l'agitation. Lorsque celle-ci est trop considérable, l'uréthane semble encore l'augmenter ; lorsque l'agitation est moindre, on obtient un sommeil calme, régulier, durant de 5 à 7 heures ; mais il faut donner de 2 à 5 grammes du médicament. L'action somnifère de l'uréthane s'use assez vite ; son action est épuisée au bout de 3 à 6 jours, suivant les cas.

L'uréthane, en aliénation mentale, réussit où échouent le chloral, l'opium, etc. ; à cause de son innocuité, il a des avantages réels sur les autres hypnotiques. A. C.

I. — Un nouvel hypnotique, l'éthyluréthane, par ELOY (*Union méd.*, 14-16 *mars* 1886).

II. — Recherches sur l'action physiologique de l'uréthane et sur ses propriétés comme antagoniste fonctionnel de la strychnine, par COZE (*Bull. de thérapeutique*, 30 *avril* 1886).

III. — Sur l'uréthane au point de vue chimique, par Georges JACQUEMIN (*Acad. des sciences, juillet* 1886).

I. — Les expériences pratiquées sur des cobayes et des lapins ont permis de constater un abaissement de température et quelquefois un ralentissement de la respiration ; l'action de cette substance sur la pupille est douteuse, la puissance hypnotique est incontestable ; 25 minutes environ après l'injection de 1 gramme à 1gr,25 d'uréthane par kilogramme d'animal vivant, l'animal tombe engourdi, et cet état cataleptiforme dure 6 à 8 heures ; les doses moins élevées de 0gr,60 à 0gr,75 diminuent l'excitabilité cérébrale mais n'enlèvent pas la sensibilité à la douleur. Chez l'homme, la somnolence débute un quart d'heure après l'injection stomacale ; le sommeil dure 4 à 8 heures, sans provoquer de malaise au réveil, qui est calme et paisible ; pendant le sommeil, la respiration se ralentit.

L'uréthane possède certaines propriétés vaso-motrices, car chez plusieurs lapins Eloy a constaté la turgescence et l'injection manifestes et assez durables des vaisseaux sanguins de l'oreille.

L'uréthane ne semble pas agir sur l'urination ; employé en injections sous-cutanées, il détermine localement des escarres de la peau.

L'uréthane a donné de bons résultats pour combattre l'agrypnie chez les individus atteints d'affections cardio-vasculaires. Il réussit, mais moins bien, chez les tuberculeux, les cérébraux, les névropathes.

L'uréthane est le médicament de l'insomnie, mais non de la douleur, comme la morphine.

On doit l'administrer par la voie buccale, à cause de sa solubilité et de la tolérance de l'estomac. La dose de 1 à 2 grammes est sédative ; de 3 à 5 grammes, dormitive. Il semble que l'action persiste assez longtemps, car plus d'une fois la médication étant suspendue, l'insomnie ne reparaissait pas. Il y a en outre intérêt à faire prendre la dose dormitive en masse, et en une seule fois. H. L.

II. — L'uréthane, après une courte période d'excitation, détermine la résolution musculaire, et à haute dose l'anesthésie. Elle ralentit le pouls et la respiration, abaisse la température. Ce fait se produit après quinze

Digitized by Google

ou 20 minutes. Dans la période d'excitation du début, le pouls et la respiration sont accélérés. Son action locale peu irritante permet de l'administrer en injection sous-cutanée. Son action sur la nutrition paraît nulle. Elle est l'antagoniste de la strychnine : ainsi des animaux auxquels on a donné 3, 4 et 5 milligrammes de strychnine, et soumis à l'uréthane, ne présentaient qu'un peu de paresse, due à ce dernier corps.

L'auteur recommande l'uréthane dans les convulsions et le tétanos. La dose employée est de 3, 4 et 6 grammes. A. LESAGE.

III. — Jacquemin indique l'uréthane comme réactif très sensible capable de démontrer ou infirmer l'hypothèse de son élémination par les urines et les sels mercuriques.

Quand, à une dissolution d'uréthane, on ajoute du chlorure mercurique, puis de la potasse, il se forme un précipité blanc abondant.

Ce corps, chauffé en présence d'un excès d'uréthane, se dissout et reprend son insolubilité par refroidissement, tandis qu'en présence d'un excès de potasse il jaunit en devenant oxyde mercurique. Il est insoluble dans l'alcool et l'éther, dont le contact prolongé ne l'altère pas.

On peut obtenir un précipité en opérant inversement, c'est-à-dire en ajoutant à la dissolution d'uréthane d'abord de la potasse, puis du chlorure mercurique sans excès qui donne un précipité jaune devenant blanc par agitation.

L'oxyde mercurique récemment précipité se dissout à une légère chaleur dans l'uréthane, et par refroidissement il se forme un précipité blanc. En continuant l'action de la chaleur, il se produit un corps noir peu abondant qui surnage, et par abaissement de température un trouble légèrement teinté de jaune.

L'uréthane précipite encore par les sels mercuriques dans des dissolutions à 1.50 pour 1000. A. C.

De l'action de l'uréthane, par KRÆPELIN (*Neurol. Centralbl.*, 1 *mars* 1886).

Kræpelin a administré près de 200 fois ce médicament chez 34 malades, à la dose de 1 à 3 grammes. Dans un seul cas de catarrhe gastrique alcoolique, il y eut des vomissements ; jamais on n'a observé de perte d'appétit. L'uréthane agit uniquement comme hypnotique, amenant le sommeil au bout de 10 à 15 minutes. Son action n'est pas très énergique et l'auteur la trouve inférieure à celle de la paraldéhyde. Chez les mélancoliques, elle a amené le sommeil dans 77 0/0 de cas ; dans la période d'excitation de la paralysie générale, le résultat n'a été favorable (60 0/0) qu'avec de fortes doses, 4 à 5 grammes. A. CARTAZ.

Zur hypnotischen Wirkung Urethane, par HÜBNER et STICKER (*Deutsche med. Woch, n° 14, p.* 236, 1886).

Les auteurs ont expérimenté les diverses variétés d'uréthane.

Le méthyluréthane et l'œthylidenuréthane n'ont aucune efficacité.

Le chloraluréthane est un bon hypnotique, mais comparable à l'éthyluréthane et n'ayant aucun avantage sur ce dernier.

C'est donc l'éthyluréthane (appelé à tort uréthane) qu'il faut utiliser en médecine. Les auteurs le considèrent comme un hypnotique excellent,

Digitized by Google

influençant le cerveau de la façon la plus active et ne provoquant jamais d'accident. On le prescrit à la dose d'un gramme à répéter deux ou trois fois. Il faut se défier des doses trop fortes. L. GALLIARD.

The influence of kairin, thallin, hydrochinon, resorcin, and antipyrin, on the heart and blood-vessels, par H.-G. BEYER (*Amer. journ. of the med. sc., p.* 369, 1886).

L'auteur s'est proposé d'étudier l'action des principaux médicaments antipyrétiques sur le cœur et les vaisseaux, au moyen d'une double série d'expériences : les unes portent sur le travail effectué par le cœur isolé des centres nerveux ; les autres sont relatives aux vaisseaux, au débit vasculaire chez les animaux dont on a détruit le myélencéphale, à l'état des vaisseaux de la langue chez les grenouilles curarisées, à l'action, enfin, des médicaments étudiés sur les hématies, les leucocytes et le processus de coagulation du sang.

La kairine abaisse la température, en diminuant la production du calorique et en en augmentant la radiation ; mais son action sur les hématies, ses effets paralysants sur le cœur, en rendent l'emploi dangereux.

La thalline agit de même, et présente les mêmes inconvénients, un peu moindres cependant, car elle n'affaiblit pas autant la contractilité cardiaque.

Même mode d'action encore pour l'hydrochinone.

La résorcine diminue la température en augmentant le rayonnement calorique par la dilatation des capillaires et surtout des veines périphériques.

L'antipyrine n'agit également que par une intense vaso-dilatation capillaire et veineuse, mais a de plus le grand mérite d'exercer une action tonique sur le cœur, et d'augmenter légèrement la pression artérielle.

Ce qui rend dangerenx l'emploi de la kairine et de la thalline, c'est non seulement leur action paralysante sur le cœur et surtout sur les oreillettes, à dose à peine supérieure à la dose thérapeutique ; mais c'est surtout leur influence destructive sur les globules sanguins et les tissus.

L'hydrochinone et la résorcine paralysent moins les ventricules, mais paralysent les oreillettes, et abaissent grandement le tonus des parois veineuses. Le sang s'accumule ainsi dans le système veineux, d'où les congestions intenses des poumons et des autres viscères, observées par Dujardin-Beaumetz sur les animaux empoisonnés par la résorcine.

L'antipyrine, tout en dilatant largement les veines, accroît la puissance contractile des oreillettes et des ventricules, n'a aucune action fâcheuse sur les globules sanguins ni le tissu musculaire, et possède ainsi toutes les quatités requises pour un parfait médicament antipyrétique.

A. CHAUFFARD.

Du sulfate de spartéine comme médicament cardiaque et de l'infusion de fleurs de genêts comme diurétique, par Charles-Ém.-G. LEGRIS (*Thèse de Paris, n°* 173, 1886).

Le sulfate de spartéine augmente l'énergie des contractions cardiaques en régularisant le rythme des battements. La dose moyenne doit être de 10 à 15 centigrammes par jour, divisée en quatre ou cinq prises.

Digitized by Google

Les indications thérapeutiques sont : chaque fois que la puissance du muscle, soit altérée, soit trop faible pour lutter contre les obstacles, est diminuée; chaque fois que le pouls est intermittent ou irrégulier. L'action de ce médicament est en quelque sorte immédiate, ce qui doit le faire préférer aux autres agents du même genre quand il faut obtenir des résultats rapides. Les effets s'accumulent peu; il n'est pas à proprement parler diurétique, mais la diurèse une fois obtenue il l'entretient. Dans ce but et dans le cas d'œdème il est bon de provoquer la suractivité rénale au moyen de la fleur de genêt, qu'il faut employer à la dose de 15 à 25 grammes, et dont l'influence est probablement due à la scoparine (matière colorante, glucoside). Les états généraux d'affaiblissement avec asthénie circulatoire sans lésions organiques sont avantageusement modifiés par le sulfate de spartéine. Ce médicament n'a pas d'influence fâcheuse sur l'appareil digestif ni sur le système nerveux. Legris ne lui connaît pas de contre-indication et croit que son usage peut, sans inconvenient, être longtemps prolongé. H. CH.

Manometrische Untersuchungen über die Beeinflussung des intraocularen Druckes durch Pilocarpin (Recherches manométriques sur l'influence qu'exerce la pilocarpine sur la pression intra-oculaire,) par SCHLEGEL (*Archiv für experim. Pathologie und Pharmak. Bd. XX, Heft* 3 *et* 4, *p.* 270, 1885).

De ses recherches, l'auteur croit devoir conclure que la pilocarpine est réellement douée de la propriété d'élever la pression intra-oculaire. Mais cet effet est en partie masqué par l'abaissement de pression intra-oculaire, qui est la conséquence de l'action myosique de la pilocarpine. Voici comment les choses se passent : quand on introduit dans un œil du chlorydrate de pilocarpine sous forme de cristal ou sous forme d'une dissolution à 2 0/0, il en résulte le plus souvent une augmentation de pression intra-oculaire dans l'œil correspondant, quelquefois aussi dans l'œil du côté opposé, qui coïncide avec l'apparition de la sialorrhée. Lorsque ensuite la pression intra-oculaire s'abaisse de nouveau dans l'œil non pilocarpinisé, elle se maintient souvent à la même hauteur dans l'autre œil. D'autres fois elle s'abaisse dans ce dernier, voire au-dessous de la valeur qu'elle atteint du côté opposé. Mais toujours cet abaissement coïncide avec le rétrécissement de la pupille. Donc, il n'y a pas, comme on l'a dit, antagonisme entre la pilocarpine et la physostigmine au point de vue de l'action que les deux substances exercent primitivement sur la pression intra-oculaire. Néanmoins cet effet de la pilocarpine est trop inconstant pour qu'on puisse en tirer parti dans le traitement du glaucome. E. RICKLIN.

Des caractères chimiques des diverses espèces de digitaline, par BROUARDEL et LAFONT (*Bullet. de l'Ac. de médecine*, 2e *série*, *t. XV*, *n*° 16).

Les expériences des auteurs ont porté sur les digitalines françaises et sur les digitalines allemandes. On a pu constater ainsi que tous les produits d'origine française, soit amorphes, soit cristallisés, étaient entièrement solubles dans le chloroforme, peu solubles dans l'éther, insolubles dans la benzine, et qu'ils se coloraient en vert sous l'influence de l'acide chlorhydrique concentré. Les produits allemands, désignés sous le nom

Digitized by Google

de digitaline amorphe ou digitaline cristallisée, sont au contraire insolubles dans le chloroforme et ne donnent aucune réaction en présence de l'acide chlorhydrique concentré. Par contre, la digitoxine allemande présente tous les caractères de la digitaline amorphe française. Outre les réactions signalées plus haut, elle présente, comme les digitalines françaises, une magnifique coloration bleu verdâtre sous l'influence de l'acide sulfurique alcoolisé et d'une trace de perchlorure de fer.

Il résulte de ces recherches que la digitoxine de Merck n'est pas autre chose que la digitaline française. Par contre, la digitaline allemande ne possède aucun des caractères d'essai attribués à la digitaline par le Codex français. On s'explique ainsi les contradictions que signalent différents auteurs au point de vue de l'action physiologique de cette substance.

GASTON DECAISNE.

Zur Kenntniss der Wirkung des Strychnins (Contribution à l'étude des effets de la strychine), par DENYS (*Archiv für experiment. Pathologie und Pharmak. Bd. XX, H. 3 et 4, p.* 306).

Les recherches de l'auteur ont eu pour point de départ certaines constatations faites à l'institut pharmacologique de Strasbourg, et qui tendaient à faire admettre que dans le tétanos strychnique prolongé pendant un temps relativement long, la paralysation du système vasculaire joue un rôle important, comme cause de mort. Les expériences de Denys ont confirmé ce que l'on savait déjà des effets de la strychnine sur la pression sanguine, effets qui se traduisent, chez les animaux non curarisés, comme chez ceux qui sont sous l'influence du curare, par une élévation de pression. Chez les animaux non curarisés, cette élévation de pression n'a qu'une durée très faible ; après quoi, la pression intra-vasculaire tombe au-dessous de la normale, et il peut arriver qu'elle atteigne sa valeur minima même pendant la durée du tétanos strychnique. Au contraire, chez les animaux curarisés, chez lesquels on prévient ainsi le développement de la contracture strychnique, l'élévation de la pression intra-vasculaire persiste pendant très longtemps, et pendant la phase consécutive, la pression ne descend pas au-dessous de la normale ; d'où l'on peut conclure que le tétanos strychnique influence très énergiquement le centre vaso-moteur, dont il peut supprimer le fonctionnement d'une façon complète. Denys pense que cette paralysation du centre vaso-moteur est la cause prochaine de la mort, dans beaucoup de cas d'empoisonnement par la strychnine, car elle ne peut pas être combattue comme la paralysie respiratoire.

Trois autres expériences de l'auteur ont donné des résultats qui démontrent que l'élévation de pression intra-vasculaire, conséquence de l'action de la strychnine sur le centre vaso-moteur, est postérieure à l'exagération du pouvoir réflexe de la moelle.

Enfin, pour ce qui est de l'influence de la respiration artificielle sur la marche de l'intoxication strychnique, l'auteur se contente d'annoncer que, d'après les résultats de ses expériences, la respiration artificielle, pratiquée seulement à la phase où les mouvements respiratoires se suspendent, réveille ceux-ci au bout d'un temps relativement moindre,

Digitized by Google

quand les animaux sont sous l'influence de petites doses de strychnine, que lorsqu'ils en ont absorbé des doses considérables. E. RICKLIN.

Ueber einige Erscheinungen im Harn nach Naphtalingebrauch (Sur quelques phénomènes qui se produisent du côté des urines pendant l'usage interne de la naphtaline), par F. PENZOLDT (*Archiv für experiment. Pathologie und Pharmak., Bd. XXI, Heft* 1, *p.* 34, 1886).

F. Penzoldt signale que l'urine des individus qui sont soumis à l'usage interne de la naphtaline prend une teinte d'un vert bleuâtre lorsqu'on ajoute au liquide une très petite quantité d'acide chlorhydrique concentré. La réaction se produit à froid, et plus rapidement quand on chauffe l'urine. Elle est plus éclatante encore, lorsque, à la place de l'acide chlorhydrique, on emploie l'acide sulfurique : verser quelques gouttes d'urine dans un verre à réactif, y ajouter environ un centimètre cube d'acide sulfurique concentré. L'urine, qui surnage, prend aussitôt une teinte d'un vert foncé; cette teinte est surtout très belle à la limite des deux couches de liquide.

D'après les recherches faites par l'auteur, cette réaction appartient en propre à la naphtaline. Toutefois elle ne tient pas au passage de la naphtaline en nature dans l'urine, car elle fait défaut quand on traite par l'un des deux réactifs ci-dessus nommés une dissolution de naphtaline dans l'eau pure ou dans l'urine. D'autre part, il n'a pas été possible d'isoler de l'urine le dérivé de la naphtaline, à la présence duquel est liée la réaction; on en extrait une faible quantité, en traitant l'urine par le chloroforme. Il y a cependant des raisons de croire que le dérivé en question est le naphtachinone B. L'auteur développe les raisons qui le portent à supposer qu'à la suite de l'usage interne de la naphtaline l'urine charrie les deux variétés connues (A et B) de naphtachinone.

E. RICKLIN.

Action physiologique de la sulfinide benzoïque ou saccharine de Fahlberg, par V. ADUCIO et MOSSO (*Arch. ital. de Biol., t. VII, f.* 2, *p.* 158).

La saccharine est un acide anhydro-orthosulfamine-benzoïque extrait des produits de la houille par Fahlberg, il y a déjà plusieurs années. Les recherches faites sur les chiens montrent qu'elle passe dans les urines sans subir aucune modification, mais qu'elle ne passe ni dans le lait ni dans la salive. Cette substance, introduite dans l'estomac et sous la peau, apparaît dans les urines moins d'une demi-heure après le début de l'expérience; elle est absolument inoffensive, tant pour l'homme que pour les animaux, quelle que soit la dose ingérée. C. GIRAUDEAU.

Étude pharmacologique sur l'atropine, la cocaïne et la caféine, par SKINNER (*Bull. de thérap.* 15 *juillet* 1886).

1° Le chlorhydrate de cocaïne, pour produire le maximum d'élévation de la pression artérielle, met de vingt-cinq à trente fois plus de temps, lorsqu'il est administré par voie hypodermique que lorsqu'il est injecté directement dans les veines, comme l'a fait Vulpian.

2° Le chlorhydrate de cocaïne (0gr,03 par kilogramme d'animal), uni au chlorhydrate d'atropine (0gr,000125 par kilogramme d'animal), injecté

Digitized by Google

sous la peau, produit d'emblée une élévation de pression artérielle, une augmentation des battements cardiaques ; chez le chien, une diminution de ces battements ; au contraire, chez le lapin.

Laborde a obtenu les mêmes effets pour la cocaïne seule.

Vulpian, par des injections intraveineuses seules de cocaïne, signale, au contraire, un abaissement de la pression initiale ;

3° D'après les expériences de Grasset, la morphine et la cocaïne, administrées ensemble, ont un pouvoir convulsivant (0gr,40 de chlorhydrate de cocaïne, uni à 0gr,08 de morphine). Si, à ces deux substances, on ajoute 0gr,002 de chlorhydrate d'atropine, on n'observe point de convulsions.

4° D'après Vulpian et Bochefontaine, la cocaïne augmente la sécrétion salivaire. Un mélange de 0gr,002 de chlorhydrate d'atropine et 0gr,40 de chlorhydrate de cocaïne supprime la sécrétion salivaire. Dans ce cas, l'action de l'atropine l'emporte sur celle de la cocaïne.

5° La caféine n'augmente pas les battements cardiaques. Si on l'unit à l'atropine, rapidement on observe une élévation de la pression artérielle et de l'augmentation du nombre des battements cardiaques.

Ce résultat est en contradiction avec l'enseignement de Nothnagel et Rossbach. ADOLPHE LESAGE.

Observations on the diuretic influence of cocaïne, par J.-M. DA COSTA et Ch.-Bingham PENROSE (*Med. News*, 19 *juin* 1886).

Chez vingt malades auxquels on donnait de la cocaïne pour différents motifs, les auteurs ont observé une augmentation notable de la diurèse. Voulant s'assurer de la réalité de cette action, ils ont choisi 11 sujets en bonne santé qui ont pris de 1 à 1 grain et demi par jour (ingestion stomacale). Chez trois, l'effet a été peu marqué ; chez les autres, la quantité d'urine émise dans les vingt-quatre heures a augmenté d'un quart, de moitié, a été même doublée quelquefois, sans diminution bien marquée de son poids spécifique. A. C.

Sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques des dérivés de la caféine, et en particulier de l'éthoxycaféine, par DUJARDIN-BEAUMETZ (*Bull. de thérap.*, 30 *mars* 1886).

L'introduction du groupe éthoxyl (OC^2H^5) dans la constitution atomique de la caféine donne naissance à l'éthoxycaféine, et modifie les propriétés physiologiques et thérapeutiques de cet alcaloïde : elle lui donne une action sédative marquée sur le système cérébro-spinal, et lui crée des propriétés narcotiques incontestables. A la dose de 25 centigrammes, les effets thérapeutiques de l'éthoxycaféine sont surtout appréciables dans le traitement de la migraine, et il y a avantage à la substituer à la caféine dans le traitement de cette affection. On ne devra pas dépasser 25 centigrammes, car, à 50 centigrammes, par exemple, l'éthoxycaféine produit, du côté de la tête, des sensations de vertige et de lipothymie, et, du côté de l'estomac, des crampes et des nausées. L'éthoxycaféine est d'une administration assez difficile par suite de son insolubilité ; c'est à peine si elle est soluble dans l'alcool et dans une solution de salicylate de soude. On l'emploie en solution et en poudre. Elle détermine souvent des troubles du côté de l'estomac, caractérisés par de la chaleur,

Digitized by Google

des nausées ou des vomissements ; aussi l'auteur conseille-t-il de joindre à la solution du chlorhydrate de cocaïne. LESAGE.

Zur Wirkung des Mercurialis perennis (Sur l'action de la mercuriale sauvage), par SCHULZ (*Archiv für experiment. Pathologie und Pharmak. Bd. XXI, H. 1, p.* 88, 1886).

Les traités de matière médicale mentionnent la mercuriale (*mercurialis perennis*) parmi les plantes qui sont douées de vertus diurétiques et purgatives. Schulz s'est donné à tâche de vérifier ce qu'il y a d'exact dans ces assertions. Il a fait préparer un extrait fluide de mercuriale, dont une partie correspondait à 10 parties de plante fraîche. Cet extrait a servi à faire des injections sous-cutanées à des porcs et à des lapins. Ces mêmes animaux ont été, pendant d'autres périodes de l'expérience, nourris avec du fourrage contenant une certaine proportion de mercuriale fraîche. Les résultats de l'expérience ont été un peu différents chez les porcs et chez les lapins.

Chez les porcs, les injections sous-cutanées de l'extrait fluide de mercuriale à haute dose ont produit d'abord des accidents aigus caractérisés par du tremblement, des frissons, de l'injection de la peau, principalement à la tête, des éructations. A cette première phase, qui était de durée très courte, en succédait une seconde marquée par une polyurie manifeste, qui persistait pendant le reste des vingt-quatre heures ; en outre, les animaux ont eu quelques selles diarrhéiques. L'urine n'a pas pu être recueillie, de sorte qu'il a été impossible d'obtenir une appréciation rigoureuse de l'intensité de la polyurie.

Au bout d'un intervalle de repos de huit jours, les animaux ont été nourris avec du fourrage contenant de la mercuriale (2 kilogrammes par jour); la polyurie s'est reproduite, sans autres phénomènes concomitants appréciables.

L'expérience, reprise sous les deux formes chez des lapins, a donné comme résultat constant de la rétention d'urine avec distension de la vessie, celle-ci constatée directement à l'autopsie d'un des animaux sacrifiés pendant la durée de l'expérience. Les reins ne présentaient pas de trace de lésions inflammatoires. L'urine contenait des cylindres d'une longueur démesurée, formés par du mucus tapissé par une couche de carbonate de chaux.

Schulz conclut que la mercuriale contient un principe qui reste encore à isoler et qui exerce sur les plans musculaires de la vessie une action paralysante. E. RICKLIN.

De la gélosine, par GUÉRIN (*Soc. de thérap.*, 9 *juin* 1886).

La gélosine est une substance mucilagineuse analogue à la fucine, extraite du Gelidium corneum, algue du Japon. Amorphe, incolore, elle se dissout dans l'eau bouillante, dont elle solidifie 550 fois son volume, formant, par refroidissement, une belle gelée transparente susceptible de se mouler comme on veut et de servir d'excipient à toutes les substances solubles. A. C.

Digitized by Google

Recherches expérimentales sur les propriétés chimiques et physiologiques du chlorure de méthylène, par VILLEJEAN (*Thèse de Paris*, 1886, *n°* 151).

La densité de la vapeur de chlorure de méthylène est de 2,984, le poids spécifique 1,353, ce corps bout à 40°,8. Ces chiffres sont sensiblement différents de ceux donnés par Richardson. Il n'est pas inflammable, peu soluble dans l'eau et la glycérine, facilement dans l'alcool absolu, l'éther, le sulfure de carbone, l'essence de térébenthine, etc.; il se mêle facilement au chloroforme. Il est plus stable que le chloroforme et résiste aux agents oxydants. Cette stabilité est encore établie par l'action des sels de cuivre en solution alcaline. A haute température, l'action des alcalis sur le chlorure de méthylène serait représentée par :

$$2\ CH^2CL^2 + 7\ KHO = 4\ KCL + CO^3\ K^2 + CHO^2K + 2\ H^2O + H^2.$$

L'auteur ajoute à cet exposé chimique quelques détails sur les composés industriels dits bichlorure de méthylène.

L'étude de l'action anesthésique des inhalations de chlorure de méthylène est faite complètement d'après des expériences nouvelles dont l'auteur donne les détails, et qui fait précéder du fait l'historique des opinions émises avant lui. Les phénomènes se produisent rapidement et se succèdent. Ainsi une *demi-minute :* agitation ; *une minute et demie :* dilatation pupillaire, commencement d'insensibilité cornéenne, nystagmus ; *deux minutes :* abolition des réflexes cornéens, insensibilité générale ; *trois minutes :* mouvements cloniques des membres ; *quatre minutes :* anesthésie complète, cessation de l'inhalation ; *six à dix minutes :* commencement de la période de retour ; celui-ci est fréquemment marqué par des attaques choréiformes ou épileptiformes. Les chiens soumis à ces inhalations reviennent lentement et paraissent subir des hallucinations. Le chlorure de méthylène n'amène pas la résolution musculaire, mais une sorte de contracture permanente ou des mouvements cloniques. Jamais l'auteur n'a pu arriver à la résolution, si loin qu'aient été portées les inhalations ; une syncope menaçant de mort se produisait, mais rien plus ; il y a donc d'abord excitation de la moelle, puis paralysie, différence capitale avec le chloroforme, et bien faite pour montrer l'infériorité du chlorure de méthylène au point de vue chirurgical. H. CH.

Action physiologique du lactate d'éthyle, par Paolo PELLACANI et Giacomo BERTONI (*Arch. ital. de Biol.*, *t. VII*, *fasc.* 2, *p.* 201).

A faible dose, le lactate d'éthyle injecté dans le sang produit chez les animaux une légère action soporifique, sans troubles de la sensibilité, des réflexes et des centres automoteurs. A dose un peu plus forte, l'action soporifique est plus appréciable, la sensibilité cutanée réflexe diminue, il en est de même parfois de la sensibilité respiratoire. A forte dose, on observe une anesthésie complète avec résolution musculaire, toujours accompagnée de désordres respiratoires. Ce dernier état finit toujours par la mort de l'animal. Les nerfs périphériques et les muscles semblent être très peu influencés par le lactate d'éthyle ; il en est de même du tube digestif, pourvu que la substance soit assez diluée : dans le cas contraire, l'action irritante se manifeste par des vomissements incoercibles. A doses toxiques, le lactate d'éthyle exerce une action à peine appréciable sur le centre circulatoire et sur l'appareil vasculaire

Digitized by Google

des mammifères. Sur l'homme, 8 grammes de lactate d'éthyle, dissous dans 100 grammes d'eau distillée, ont développé une action sédative manifeste sans phénomènes appréciables du côté de la respiration.

C. GIRAUDEAU.

Ueber den Verbleib der in den thierischen Organismus eingeführten Bariumsalze (Sur le séjour des sels de barium introduits dans l'organisme animal), par J. NEUMANN (*Arch. für die gesammte Physiologie, Bd XXXVI, p.* 576).

H. de Cyon a montré, en 1866, que la toxicité des sels solubles de barium ne dépendait pas, comme on le croyait, de la formation de sulfate insoluble et de troubles mécaniques de la circulation consécutifs à cette précipitation. Le sulfate de baryum formé dans le sang par injection simultanée de chlorure de baryum et de sulfate de sodium se montre tout à fait inoffensif.

Neumann a commencé par rechercher ce que devient le sulfate de barium que l'on injecte (en suspension dans une solution diluée de chlorure de sodium) directement dans la veine jugulaire. Cette substance disparaît assez rapidement du sang et se retrouve en grande quantité dans le foie, la rate, les reins et la moelle des os, à l'état de traces dans les poumons, tandis que les muscles, les capsules surrénales, le thymus et le cerveau en étaient exempts. Le sulfate de barium introduit ainsi doit séjourner longtemps dans le corps. Le foie en contient encore de grandes quantités 50 jours après l'injection ; on n'en retrouve pas dans l'urine.

Neumann a administré du chlorure de barium (dose journalière de 0gr,1 à 0gr,4) pendant plusieurs semaines à des lapins et à un chien, puis a recherché le barium dans les différents organes. Ce métal ne se retrouva pas aux endroits où s'était déposé le sulfate de barium dans la première série d'expériences. Les os en contenaient toujours une petite quantité (phosphate ou carbonate de barium ?). Le chlorure de barium ne paraît donc pas former dans le sang de précipité de sulfate, sans doute à cause de la présence du bicarbonate de sodium. Les solutions diluées de sulfate de sodium additionnées de carbonate de sodium ne précipitent pas par le chlorure de barium. La plus grande partie du chlorure de barium ne fait dans le corps qu'un séjour de courte durée, et est sans doute éliminé en partie par les reins. Neumann a retrouvé le barium dans l'urine des lapins et des chiens après ingestion de petites quantités de chlorure. Il a répété ces expériences sur lui-même. Après ingestion de 0gr,3 de chlorure de barium, ce métal se retrouve dans les urines. L'ingestion de 0gr,5 de BaCl amena des symptômes généraux d'empoisonnement : céphalalgie, diminution de la fréquence des battements du cœur. Les symptômes sont encore plus marqués après ingestion de 0gr,8 BaCl ; la fréquence du pouls descend de 72 à 57 pulsations par minute ; le pouls est petit, filiforme ; céphalalgie violente ; tendance au vomissement ; frissons dans la paroi abdominale antérieure ; pesanteur des paupières et des lèvres. La salive contient du barium. La plus grande partie du barium est, sans aucun doute, éliminée sous forme insoluble par les excréments.

L. FREDERICQ.

Digitized by Google

Nuove ricerche sull' azione biologica dell' argento, par A. CURCI (*Medicina contemporanea, mars* 1886).

L'argent agit principalement sur les centres sensitifs spinaux et cérébraux : la paralysie légère, le relâchement musculaire, qu'il produit sont la conséquence de la paralysie des centres sensitifs, de même que l'action paralysante sur le centre respiratoire, qui est, avec l'œdème pulmonaire, la cause de la mort par asphyxie.

Chez les batraciens, il diminue le nombre des battements cardiaques, affaiblit la systole et arrête le cœur en diastole en paralysant l'appareil nerveux excito-moteur du cœur. Chez les mammifères, il augmente d'abord la pression artérielle puis l'abaisse beaucoup; il rend le pouls plus petit et plus faible, n'augmente sa fréquence que passagèrement et finit par le ralentir par suite de la paralysie du cœur. Il agit d'abord sur le centre vaso-moteur bulbaire, qu'il excite d'abord pour le paralyser ensuite, paralyse graduellement les nerfs et les ganglions excito-moteurs du cœur, ainsi que les nerfs vaso-moteurs du poumon, d'où la paralysie du cœur et l'œdème pulmonaire.

Dans les applications thérapeutiques, on doit préférer l'hyposulfite double d'argent et de soude, qui est très soluble, s'absorbe rapidement et ne produit pas la coloration brune de la peau. GEORGES THIBIERGE.

Étude expérimentale des effets toxiques et physiologiques des sels d'étain, par PATENKO (*Arch. de physiologie*, 1er *janv.* 1886).

L'étain métallique, chimiquement pur, ainsi que l'étain du commerce, ingérés pendant un temps assez long et à fortes doses, ne produisent aucun effet visible sur l'organisme.

Le bichlorure d'étain, employé en injections sous-cutanées et à petites doses, amène tout d'abord une anesthésie locale qui augmente et s'étend lorsqu'on administre des doses plus considérables.

Ensuite ce sel peut être totalement absorbé sans laisser de traces, ou bien il détermine la formation de petits abcès.

Lorsqu'on fait des injections avec des solutions plus fortes, on détermine, à l'endroit même de la piqûre, un foyer gangreneux qui s'étend en profondeur et en largeur.

Injecté dans la cavité péritonéale, le bichlorure d'étain produit des effets qui sont dus aussi exclusivement à ses propriétés caustiques.

Injecté dans la circulation sanguine à faible dose, le bichlorure d'étain ne détermine aucun accident; injecté à plus forte dose, il détermine rapidement la mort. Pour un chien de 7 kilogrammes, la dose toxique est de 0gr,02 à 0gr,05.

Introduit dans la cavité stomacale à faible dose, le bichlorure d'étain n'amène aucun effet; à forte dose, il occasionne les effets d'une indigestion. A. GILBERT.

Untersuchungen ueber die Elimination des Iodes im Fieber (Expériences sur la rapidité d'élimination de l'iode pendant la fièvre), par Georg STICKER (*Berlin. klin. Woch.*, 31 *août et* 7 *septembre* 1885).

Sticker a fait ses expériences chez des fébricitants à jeun, auxquels il faisait ingérer 20 centigrammes d'iodure de potassium dans une

Digitized by Google

capsule de gélatine. Puis il recherchait le moment où l'iode apparaissait dans l'urine (la vessie ayant été préalablement vidée) et dans la salive, à l'aide de l'empois d'amidon ou du chloroforme et de l'acide azotique fumant.

Il faut savoir que le moindre excès d'acide peut détruire la réaction qui s'est produite.

Chez les individus qui ont servi à ses recherches, Sticker s'était assuré que l'urine ne contenait pas d'albumine, capable de décolorer l'iode. C'est sans doute, en effet, en partie à cause de l'albumine que la salive renferme toujours que l'iode apparaît moins vite dans cette sécrétion que dans l'urine.

Voici les résultats de Sticker :

Chez l'homme bien portant, la première réaction de l'iode s'obtient en moyenne dans l'urine 12 minutes, et dans la salive 14 minutes, après l'introduction dans l'estomac de 20 centigrammes d'iodure de potassium.

Cette première réaction ne devient sensible chez les fébricitants que notablement plus tard. Le retard est, d'une façon générale, en rapport avec le degré de la fièvre; mais il est relativement plus considérable quand le mouvement fébrile est dans une période ascendante et relativement moindre quand la courbe de la température est en pleine défervescence.

En résumé, Sticker se trouve d'accord, pour la résorption de l'iode par l'estomac sain, avec la plupart des précédents observateurs.

Les résultats divergents de J. Wolff (*R. S. M.*, XXIII, 567) tiennent à ce qu'il faisait ses expériences durant la période de digestion.

Quant à l'influence de la fièvre sur la rapidité d'élimination de l'iode, Sticker conclut comme A. Scholze (*Ueber die Ursachen der epikritischen Harnstoffausschiung*. Thèse Berlin, 1879), et contrairement à Bachrach (*R. S. M.*, XIV, 506), qui la nie. La conclusion opposée de Bachrach s'explique en partie, parce que ses recherches n'ont pas porté sur les mêmes individus, à l'état sain et à l'état fébrile. (*R. S. M.*, V, 469, et XXVI, 428.) J. B.

De la nature et du traitement de l'iodisme, par EHRLICH (*Charite Annalen, Jahrg. X, p.* 129).

Ehrlich considère comme parfaitement admissible la théorie qui fait dépendre les accidents de l'iodisme d'une mise en liberté de l'iode à la surface de la muqueuse nasale, dédoublement qui se produit au contact de l'acide nitrique naissant. En d'autres termes, que la muqueuse nasale présente une réaction acide, qu'elle serve de voie d'élimination à la fois à des nitrates et à des sels d'iode, de l'acide nitrique sera mis en liberté et décomposera à son tour les sels d'iode. Pour vérifier l'exactitude de cette hypothèse, Erhlich a eu l'idée de faire prendre à des malades soumis à la médication iodée une substance susceptible de fixer l'acide nitrique et d'empêcher ainsi ce dernier de décomposer l'iodure de potassium. Comme tel, il a employé l'acide sulfanilique, qui est dépourvu de toute toxicité. Il a fait prendre à des malades qui présentaient déjà des phénomènes d'iodisme une potion composée de 150 grammes d'eau, 4, 5 à 6 grammes d'acide sulfanilique, et 3 à 4 grammes de carbonate

Digitized by Google

de soude; dans la moitié des cas, les accidents d'iodisme ont été coupés en l'espace d'une ou deux heures. Toutefois, cette action de l'acide sulfanilique ne persiste que pendant douze heures environ.

Chez les malades soumis à une cure prolongée par l'iodure de potassium, il faut donc prescrire l'acide sulfanilique tous les deux jours, par doses de 3 à 4 grammes, de 6 à 7 grammes quand se manifestent les accidents d'iodisme. Ehrlich recommande en outre de prescrire aux malades une alimentation pauvre en nitrates (lait, pain blanc, viande).

RICKLIN.

Note sur le rôle du foie dans les intoxications, par G.-H. ROGER (*Comp. rend. de la Soc. de Biologie*, 20 *fév.* 1886).

L'auteur a vérifié dans une série d'expériences cette assertion de Schiff et de Lautenbach, que le foie atténue l'activité des alcaloïdes introduits dans le sang. Les animaux dont on a enlevé le foie (grenouille), ou dont on a lié la veine porte (chien), meurent plus rapidement et avec des doses beaucoup plus faibles qu'à l'état normal, à la suite d'injections de strychnine, nicotine, cicutine, vératrine et caféine. En triturant le foie d'un lapin avec une certaine dose de nicotine, et en filtrant le liquide, on constate que celui-ci a perdu de sa toxicité; les autres tissus, muscles, reins, rate, etc., n'exercent pas une action analogue.

L'extrait alcoolique des matières toxiques d'origine animale, provenant de différents tissus pourris à l'étuve, est deux fois moins toxique quand on l'introduit par les veines intestinales que quand on l'injecte par les veines de l'oreille.

La sang de la veine porte contient des substances toxiques provenant surtout des fermentations intestinales ; ces substances sont retenues en partie par le foie. Cette action d'arrêt du foie cesse quand l'organe est malade, lorsque la fonction glycogénique cesse. Roger ne pense pas, cependant, qu'il y ait corrélation entre la production de matière glycogène et l'action d'arrêt du foie sur les alcaloïdes. La fonction glycogénique témoigne seulement de l'activité fonctionnelle du foie. F. H.

Ueber Cocaïnsucht (La cocaïnomanie), par A. ERLENMEYER (*Wiener mediz. Blaetter*, *n°* 22, *p.* 672, 1886).

Erlenmeyer a eu l'occasion d'observer cette nouvelle manie sur 13 personnes, dont 5 médecins, 2 femmes de médecins, 3 officiers, 1 homme de lettres, 1 châtelain et 1 fonctionnaire. Toutes ces personnes étaient en principe des morphiomanes, et c'est pour se déshabituer de la morphine qu'elles ont eu recours à la cocaïne. Il est alors arrivé que certaines d'entre elles sont devenues cocaïnomanes et sont restées morphinomanes ; les autres n'ont fait que changer une manie pour l'autre.

La cocaïne a une action excitante, euphoristique, bien prononcée mais de courte durée. Pour la provoquer, il faut alors recourir à des doses du médicament toujours plus élevées, et si l'on veut s'en passer toute énergie tombe, tout travail devient impossible, et la cocaïnomanie est créée. Il est à remarquer que les récidives sont très fréquentes, plus rapides chez les morphino-cocaïnomanes, et ces derniers reprennent non pas la morphine, mais la cocaïne.

Digitized by Google

L'auteur distingue parmi les symptômes du cocaïnisme ceux qui sont l'expression de l'intoxication proprement dite et ceux qui dépendent de l'abstinence du toxique. Parmi les premiers, il faut d'abord noter qu'aux endroits où portent les injections se forment des indurations qui persistent pendant des mois. La cocaïne a une action paralysante sur les vaisseaux ; elle exagère la fréquence du pouls, dilate les artères, amène des troubles respiratoires et provoque des sueurs profuses. L'amaigrissement est rapide et la figure prend un teint blafard, les orbites se creusent et les chairs deviennent flasques. L'un des malades est devenu impuissant peu après avoir commencé les injections de cocaïne.

L'insomnie est un des premiers signes de cette intoxication, et bientôt après apparaissent des troubles psychiques : des hallucinations de la vue, la perte de la mémoire, et surtout la lipémanie, qui peut devenir dangereuse. Erlenmeyer insiste encore particulièrement sur un autre trouble psychique, c'est la prolixité des malades dans leur conversation et dans leur correspondance.

L'auteur a retiré la cocaïne à ses malades, rapidement ou progressivement, en leur laissant ou en supprimant la morphine simultanément.

La suppression brusque de la cocaïne provoque des palpitations, de la dyspnée et des lipothymies ; celles-ci sont bien distinctes du collapsus, qui survient après suppression de la morphine, puisqu'elles se montrent même lorsqu'on continue la morphine après avoir retiré la cocaïne. Erlenmeyer ajoute que jamais les morphinomanes ne présentent cet abattement, cet abandon, ce manque d'énergie et cette démoralisation profonde qu'il a observés chez ses morphino-cocaïnistes. Et c'est le prolongement de cet état qui distingue le cocaïnomane du morphinomane.

L'auteur conclut que le meilleur traitement qui conviendrait à ces malades serait leur reclusion dans une maison de santé pendant quatre à six mois. M. SCHACHMANN.

Chronischer Chloralmisbrauch (L'Abus prolongé du chloral), par REHM (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr., Bd. XXVII, H. 1, p. 36*).

Depuis l'introduction du chloral en thérapeutique, on connaît les inconvénients et les dangers qui résultent de l'emploi de cette substance dans certains états pathologiques; c'est ce que l'auteur établit par de nombreuses citations. Seulement, ajoute-t-il, le chloralisme, l'empoisonnement chronique par le chloral, n'a guère été observé que dans des maison de santé et des asiles d'aliénés, et il arrive ainsi que la connaissance de ce genre d'intoxication échappe à bon nombre de médecins. C'est cette lacune que Rehm a voulu combler, en se servant des observations qu'il a été à même de faire à l'asile de Blanckenberg. Voici les conclusions qu'il tire des faits observés.

Du côté de l'appareil circulatoire, on voit se produire, comme manifestations du chloralisme, un relâchement vasculaire quelquefois très accusé. Les modifications de l'état psychique, qu'on observe concomitamment, portent à croire que cette dilatation des vaisseaux est la conséquence d'une action du chloral sur certains centres vasomoteurs.

A part quelques inspirations suspirieuses, l'auteur n'a pas observé, chez ses malades, de modifications du côté de l'appareil respiratoire.

Très souvent il se produit un abaissement de la température interne,

Digitized by Google

qu'on a rapporté à tort à la distension vasculaire et au ralentissement circulatoire qui en résulte, car le relâchement des vaisseaux est limité environ au tiers supérieur du corps, et l'abaissement de température s'observe encore sur des animaux chloralisés qu'on enveloppe dans de l'ouate. Avec Binz, l'auteur admet qu'elle est l'expression d'une diminution de la calorification, laquelle résulte elle-même d'une diminution du tonus musculaire et d'une moindre activité des globules rouges un peu modifiés dans leur structure (boursouflement). Peut-être le chloral exerce-t-il également un action directe sur les centre régulateurs de la température interne.

Dans le cours du chloralisme, on voit survenir des éruptions cutanées qu'on a également rattachées à la distension des vaisseaux. Quelquefois il se produit de la gangrène, dont le développement peut bien s'expliquer par un. relâchement paralytique des capillaires et par des thromboses dans les artères de petit calibre; on peut aussi faire intervenir une influence exercée par le chlore sur les centres trophiques. De même la tendance aux hémorragies, autre manifestation du chloralisme, peut également être rapportée à une action chimique du chloral sur le sang.

Les manifestations du chloralisme du côté de l'appareil digestif consistent en diarrhée, inappétence, douleur vague à l'épigastre. A l'autopsie d'un malade qui avait présenté ces symptômes, on trouva la muqueuse de l'estomac ramollie, érodée en un grand nombre de points, les gros vaisseaux distendus, les petits éraillés par places avec des ecchymoses dans le voisinage; sur la paroi postérieure, une ulcération de la dimension d'un thaler; la partie supérieure de l'intestin était en état d'inflammation. On a noté quelquefois une teinte subictérique de la peau, de la tuméfaction de la rate.

Les troubles psychiques et nerveux tiennent une large place dans la symptomatologie du chloralisme chronique et consistent en secousses convulsives, accès épileptiformes, nervosité, humeur sombre, accès de manie et autres formes de démence, apathie, dépression des facultés intellectuelles, quelquefois accroissement de l'insomnie. Ces accidents ont été considérés comme des conséquences d'une action directe du chloral sur les centres nerveux.

Enfin, comme autres symptômes du chloralisme, on note des douleurs dans les jointures et dans les membres, de l'amaigrissement, quelquefois aussi une légère infiltration graisseuse des viscères. E. RICKLIN.

THÉRAPEUTIQUE.

Neuere Arzneimittel (De quelques médicaments nouveaux), par R. MASSINI (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n° 16, p. 385, 15 août 1885*).

1° *Évonymine.* Massini l'a employée dans un assez grand nombre de cas d'atonie de l'intestin, tantôt avec profit, tantôt sans succès. Il la recommande particulièrement chez les hémorroïdaires et dans la dyspepsie

Digitized by Google

chronique avec difficulté des garde-robes. Contrairement à Dujardin-Beaumetz et Conil, entre les mains de Massini, l'évonymine n'a jamais déterminé de coliques.

La plupart du temps, on peut la supprimer au bout de 10 à 15 jours sans que les heureux effets en cessent aussitôt (*R. S. M.*, XXVIII, 47).

2° *Cascara sagrada* (écorce du Rhamnus Purshiana.) A l'exemple de Fletcher Horne, Massini a prescrit, en cas de constipation habituelle, trois fois par jour 20 gouttes d'extrait fluide dans de l'eau sucrée; au bout de peu de jours, il diminuait la dose. Les résultats ont été satisfaisants (*R. S. M.*, XXVIII, 47).

3° *Hydrastis.* Massini y a eu recours avec avantage dans plusieurs cas de dyspepsie avec constipation, notamment chez une dame qui avait pris sans succès du sel de Carlsbad, de l'aloès, des pilules de liquidambar composé, du tamar Grillon, des pilules Dehaut, des grains du Dr Frank, des pilules suisses, etc. Il suffit de l'administration de 30 gouttes d'extrait fluide de la *racine jaune du Canada* après chacun des deux principaux repas, pour faire disparaître les douleurs d'estomac et la constipation (*R. S. M.*, XXV, 133; XXVII, 75, et XXVIII, 51).

4° *Gossypium herbaceum.* Massini a fait prendre de l'écorce radicale du *cotonnier* à deux femmes ayant des métrorragies de l'âge critique qui s'étaient montrées rebelles au perchlorure de fer et au seigle ergoté à hautes doses ; il leur a administré l'extrait fluide à la dose de 2 à 3 cuillerées à café par jour; l'effet a été excellent. L'infusion, qui est moins coûteuse, lui paraît moins bonne dans nos climats, car l'écorce de cotonnier desséchée semble perdre une bonne partie de ses qualités et, par une macération préalable, elle ne les récupérerait qu'incomplètement (*R. S. M.*, XXIV, 106).

5° *Grindelia robusta* et *G. squarrosa.* Synanthérées californiennes à fleurs blanches, croissant à proximité des marécages salés, d'odeur balsamique et d'une saveur à la fois piquante, aromatique et âcre. Les fleurs et la tige sont riches en éléments résineux. On les emploie en Amérique contre l'asthme et on leur attribue des propriétés expectorantes.

Massini a essayé l'extrait dans un cas d'asthme très opiniâtre où le quebracho s'était montré complètement inerte, tandis que l'iodure de potassium n'amenait qu'un soulagement passager.

Massini a fait prendre à cette malade trois fois par jour une cuillerée à café d'une potion mixte composée de 30 grammes d'extrait de Grindelia, de 20 grammes d'iodure, de 150 grammes d'eau distillée et de 50 grammes de sirop d'écorce d'oranges amères. La Grindelia n'a pas guéri la malade, mais a produit une telle amélioration que Massini est disposé à poursuivre les essais chez d'autres malades en leur faisant prendre toutes les trois heures de 2 à 4 grammes de l'extrait.

6° *Piscidia erythrina.* Massini en a obtenu plusieurs fois de bons résultats, en particulier chez une dame extrêmement nerveuse dont les insomnies avaient résisté à la morphine et au chloral et qui ne parvenait à dormir qu'avec 8 ou 10 grammes de paraldéhyde. Chez elle, l'administration de l'extrait fluide de piscidia rendit le repos nocturne parfait. De même, dans un cas de gastralgie complètement rebelle aux autres narcotiques, la piscidia procura un soulagement considérable durant plusieurs semaines; de même encore dans un cas de tic douloureux de la face, où

Digitized by Google

l'amélioration fut assez marquée pour que le malade renonçât aux injections morphinées qu'il employait depuis des mois. D'un autre côté, la piscidia a échoué chez d'autres malades.

Massini n'a jamais observé les phénomènes d'excitation décrits par Winterburn. Il estime qu'il convient de donner chaque fois soit une cuillerée à café d'extrait fluide, soit 50 centigrammes d'extrait sec. En résumé, la piscidia est un narcotique jusqu'ici inoffensif, qui est bien toléré par l'estomac, dont l'effet est moins sûr que celui de la morphine et du chloral, mais qui est un succédané précieux dans les cas où on est obligé de faire prendre très longtemps de suite l'un ou l'autre de ces médicaments. J. B.

Ueber einige neuere Mittel aus der inneren Therapie (Sur quelques agents thérapeutiques nouveaux), par Julius SCHREIBER (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 37, p.* 603, 14 *septembre* 1885).

1° *Acide osmique* contre les névralgies. — Schreiber y a eu recours dans 37 cas de localisations diverses; ces injections hypodermiques ont guéri 18 malades, et en ont soulagé 5 autres; les 14 derniers se sont soustraits à l'observation ou bien n'ont pas eu leur névralgie modifiée par l'acide osmique.

Chez 2 épileptiques saturés de bromure, Schreiber a essayé d'administrer, de deux jours l'un, l'acide osmique à titre de succédané; les attaques n'ont pas été plus violentes.

Ces résultats, beaucoup plus favorables que ceux annoncés par Eulenburg (*R. S. M.*, XXVI, 69), tiennent à ce que, dans la plupart des cas, il s'agissait de névralgies récentes, ne remontant pas à plus de six semaines. En se servant de solutions le plus fraîches possible et au centième, on injecte plusieurs fois par semaine des moitiés de seringue ou des seringues entières; le nombre des injections faites par Schreiber a varié suivant les malades de 1 à 12. Il n'a observé à leur suite ni gangrène ni autre accident (*R. S. M.*, XXIV, 86; XXVI, 70).

2° *Naphtaline.* — Schreiber l'a essayée dans 24 cas d'affections intestinales, dont 8 chez des enfants. Résultats : 8 malades ont été guéris, 3 ou 4 ont eu leur état amélioré, c'est-à-dire que le nombre des selles a diminué. Dans un cas, le médicament n'a pas été toléré, car il déterminait des vomissements.

Un vieillard et un jeune garçon ont eu à la suite de l'administration de la naphtaline des douleurs au niveau de la vessie et pendant la miction; un autre malade, âgé de 24 ans, après avoir pris 3 grammes de médicament, a eu une urine couleur sang, très albumineuse, mais ne renfermant pas de globules rouges; la couleur anormale dura deux jours et l'albuminurie trois (*R. S. M.*, XXVI, 520 à 522; XXVII, 64, 497 et 500; XXVIII, 86).

3° *Albuminate de fer.* — Chez les adultes, Schreiber a prescrit 3 fois par jour une cuillerée à thé (la moitié pour les enfants), et il en administre ainsi 400 ou 500 grammes à chaque malade. Il est certain que l'albuminate provoque incomparablement plus rarement des douleurs d'estomac que les préparations ferrugineuses usuelles (*R. S. M.*, XXIV, 468).

4° *Injections sous-cutanées de quinine* dans la fièvre intermittente :

Digitized by Google

1° Avec le chlorhydrate de quinine (2 grammes ; eau distillée et glycérine, 4 grammes de chacune). Refroidie, la solution forme une masse solide qu'il suffit de chauffer légèrement sur une flamme ou de plonger dans l'eau chaude, au moment de s'en servir ;

2° Avec le chlorhydrate de quinine carbamidée.

Schreiber a eu chez 70 malades recours simultanément aux deux espèces d'injections et, en outre, chez 21 autres, au chlorhydrate simple et chez 26 au chlorhydrate carbamidé. Il a été rare qu'il fallût plus de 3 injections pour guérir la fièvre, mais Schreiber les continuait quelque temps en vue des récidives possibles, de sorte que les malades ont subi en moyenne 5 ou 6 injections. L'une et l'autre préparation se conservent parfaitement et ont des effets thérapeutiques équivalents (*R. S. M.*, IV, 620 ; XI, 508 ; XIV, 508).

5° *Étuve sèche portative de Quincke.* — Schreiber a étudié avec le sphygmographe l'action sur le système circulatoire de cet appareil destiné à administrer des bains d'air chaud aux malades alités. Des courbes recueillies de 5 en 5 minutes montrent que les pulsations deviennent de plus en plus amples et le dicrotisme de plus en plus marqué. La réplétion plus considérable des artères périphériques, coexistant avec le relâchement des parois artérielles, débute longtemps avant la sudation et augmente jusqu'à l'apogée du stade de sueur. Quand les sueurs commencent à diminuer, c'est d'abord le dicrotisme qui s'atténue, tandis que l'augmentation de réplétion des artères est encore reconnaissable un quart d'heure après la cessation des sueurs. Mais Schreiber attache plus d'importance aux variations de poids du corps qu'il a constatées avant et après le bain chez 8 hommes sains ou malades. La période de sudation a été de 35 minutes au minimum et de 1 heure 20 minutes au maximum ; la perte de poids minimum a été de 220, la perte maximum de 470 grammes. D'après Quincke, la température rectale monte en moyenne à 38°4 après une heure de transpiration.

J. B.

Ueber antipyretische Mittel (Les médicaments antipyrétiques), par Paul GUTTMANN (*Berlin. klin. Woch. n° 24, p. 377, et n° 25, p. 401, 15 et 22 juin 1885*).

Les médicaments antipyrétiques n'abrègent pas, du moins d'une façon sensible, la durée des maladies aiguës.

La chose est démontrée pour celles qui ont une évolution cyclique, telles que la pneumonie franche, la scarlatine, la rougeole, la fièvre à rechutes et le typhus.

Quand il s'agit de la fièvre typhoïde, dont la période fébrile est beaucoup plus longue, pour constater l'influence de la médication, il faut calculer la durée moyenne du temps écoulé entre le début du traitement et le moment où le malade guéri quitte l'hôpital. Si l'on se bornait à prendre le temps écoulé jusqu'à l'apyréxie, on s'exposerait à ne pas tenir compte des rechutes (6 à 8 0/0) et des complications qui peuvent survenir pendant la convalescence.

647 typhoïdiques traités de 1876 à 1885, à l'hôpital Moabit, par les bains froids et la quinine, ont fait un séjour moyen de 49 jours 45 dans l'établissement. D'autre part, d'après Glaeser (*Deutsche med. Woch.* 1885, n° 12), à l'hôpital général de Hambourg, la durée moyenne du traitement

Digitized by Google

de 102 fièvres typhoïdes, dans lesquelles on n'avait fait aucune médication antifébrile, a été de 49 jours.

A l'hôpital Moabit, où l'on a eu toujours recours à un même traitement dont les bains froids forment la base, la mortalité, de 1876 à 1885, a varié, suivant les années, de 19,1 (1881) à 8,8 (1879).

Bains froids. Guttmann les prescrit à 22° R ; dans les 5 minutes suivantes on en abaisse la température de 4°; le malade y séjourne de 10 à 15 minutes; chez les enfants et les malades de constitution délicate, la température initiale du bain est de 24-27° et on ne le refroidit que jusqu'à 20°.

Immédiatement après le bain, on constate en moyenne une diminution de 1 1/2 à 2° dans la température du malade. L'abaissement thermométrique est d'autant plus marqué qu'on s'éloigne davantage du début de la fièvre typhoïde, c'est-à-dire que la fièvre est moins intense; c'est du reste ce qu'on observe pour tous les antipyrétiques et pour toutes les maladies fébriles. Guttmann ne prescrit les bains qu'autant que la fièvre atteint 39°,5, et jamais plus de 4 dans les 24 heures, et leur température n'est jamais inférieure à celles indiquées plus haut. D'ailleurs il associe aux bains d'autres antipyrétiques.

Une grande faiblesse, les pneumonies hypostatiques et les hémorragies intestinales sont des contre-indications à l'emploi des bains.

Quinine. Pour qu'elle ait quelque action sur la température de la fièvre typhoïde, il faut l'administrer à hautes doses, 1 1/2 à 2 grammes, et encore l'effet n'est-il pas toujours certain. Le mieux est de faire prendre la quinine dans les premières heures de l'après-midi, puisqu'alors la rémission fébrile déterminée par le médicament, se surajoutant à la rémission quotidienne normale, prolonge ainsi jusqu'au lendemain matin l'abaissement de la température. En effet, le maximum d'action de la quinine se traduit de 4 à 6 heures après son administration et oscille entre 1 et 2°; au bout de quelques heures, la température du malade commence à remonter, mais lentement.

On a rapidement abandonné l'*acide salicylique* à cause de son action peu sûre et de ses fâcheux effets sur l'estomac, le cœur et l'oreille; la *kairine*, parce que la réascension de la température, presque aussi rapide qu'après le bain froid, s'accompagne de frissons inconnus dans la balnéation et parfois même de collapsus.

Antipyrine. C'est un médicament de premier ordre, car il satisfait à toutes les conditions d'un bon antipyrétique : action sûre, qu'on peut mesurer pour ainsi dire, effets marqués et prolongés, absence de phénomènes concomitants désagréables. Guttmann base son jugement sur 297 cas de maladies diverses (58 fièvres typhoïdes, 53 phtisies, 45 pneumonies, 17 rhumatismes aigus, etc.), dans lesquels il a eu recours à l'antipyrine. Elle doit être prescrite à deux doses de 2 grammes chacune, espacées de une heure.

L'abaissement de température s'opère graduellement et s'accompagne de sueurs dans la moitié des cas, mais ces sueurs ne sont pas désagréables aux malades. La réascension de la température est très lente et se fait sans frissons. Comme phénomènes accessoires fâcheux, l'antipyrine ne cause qu'une éruption papuleuse morbilliforme, tantôt localisée, tantôt plus étendue et même universelle; Guttmann on a observé 6 exemples.

Digitized by Google

L'antipyrine, pas plus que la kairine, n'a d'action spécifique sur la fièvre paludéenne.

Quant à la *thalline,* elle paraît devoir être laissée de côté pour les mêmes raisons que la kairine.

En résumé, actuellement, c'est l'antipyrine qui est le médicament antifébrile le plus sûr et, lorsqu'on l'emploie à hautes doses, son action est plus considérable même que celle de la quinine. J. B.

Ueber continuirliche Thallinzuführung und deren Wirkung beim Abdominaltyphus (De l'administration continue de la thalline à doses fractionnées dans la fièvre typhoïde), par P. EHRLICH et B. LAQUER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 51 p. 837, *n°* 52, *p.* 855, 21 *et* 28 *décembre* 1885, *et n°* 10, *p.* 163, 8 *mars* 1886).

Relativement à l'antipyrine, la thalline a le double défaut d'avoir une action fugace et suivie d'une brusque réascension de la température, ce qui tient à sa rapide absorption et à sa prompte élimination par les urines.

Ehrlich et Laquer ont cherché à parer à ces inconvénients, en administrant la thalline par doses répétées à de courts intervalles, mais faibles et n'agissant que par leur sommation (1 à 3 grammes par jour). En procédant ainsi, ils ont obtenu les mêmes effets antipyrétiques sans aucun phénomène incommode. Cette médication a été continuée pendant des semaines sans inconvénient, dans la fièvre typhoïde. Les malades ingérèrent du tartrate de thalline; d'abord en solution au centième, puis en pilules qu'ils prenaient le jour toutes les heures et la nuit de 2 heures en 2 heures.

Dans la plupart des cas, le médicament a exercé une heureuse influence sur l'état du sensorium. Les sueurs qu'il déterminait habituellement n'étaient pas assez profuses pour gêner les malades. Jamais il n'y a eu de collapsus. On n'a observé de frissons que quand la dose voulue était dépassée. La solution seulement qui a un goût désagréable, a provoqué des vomissements. On n'a pas noté d'exanthème.

Ehrlich et Laquer rapportent l'histoire de 19 typhoïdiques. Chez 9, la défervescence définitive est apparue au bout de 4 ou 5 jours de médication, alors qu'on avait commencé la thalline vers la fin du 1er ou, au plus tard, du 2e septénaire. Deux malades se sont montrés complètement réfractaires à l'action du médicament.

La dose horaire a varié suivant les individus de 0,04 à 0,20; il faut donc la déterminer par des tâtonnements; elle varie nécessairement aussi selon le sel employé car, tandis que le sulfate contient 77 0/0 de base active, le tartrate n'en renferme que 52.

Ehrlich a fait préparer le tannate à 33 0/0 de substance active, qui lui paraît indiqué dans la fièvre typhoïde à diarrhée profuse.

La dose horaire convenable est celle qui pendant quelques heures abaisse la température de 39°,5 à 38°,5 ou 38°. Pour la connaître, on commence par donner 0,04 du médicament et on augmente par centigrammes toutes les 2 ou 3 heures en contrôlant au fur et à mesure les résultats par l'examen thermométrique.

Dans ce mode d'administrer la thalline, chez un typhoïdique de récente date, on observe, du côté de la température, des phénomènes constituant 4 périodes successives. Une première période est caractérisée par la subs-

Digitized by Google

titution à une fièvre continue d'une courbe offrant des abaissements fréquents, peu durables et relativement insignifiants : en somme, une courbe onduleuse dont les cimes atteignent la hauteur antérieure à l'administration du médicament. La courbe de la deuxième période est tout autre : dans l'après-midi la température fébrile du matin tombe graduellement jusqu'à la normale où elle reste peu de temps, puis elle remonte graduellement à son point de départ. Dans la troisième période, la courbe a les caractères de celle de la fièvre rémittente avec cette particularité que souvent la portion ascendante en est dentelée et que le maximum, atteint dans les heures du soir, tend déjà à s'abaisser. Enfin la quatrième période est celle des dentelures escarpées ; durant le jour, il y a apyrexie complète qui n'est interrompue que par l'élévation brusque de la température à 39° ; 39°,5 pendant 1 heure ou 2, élévation souvent annoncée par des frissonnements. Dès que survient cette quatrième période de la courbe thallinique on peut regarder le malade comme convalescent.

Bien entendu les périodes successives ne sont pas toujours aussi nettes et, lorsqu'on commence tard la thalline, on a immédiatement le stade de fièvre rémittente.

En résumé, dans les cas de fièvre typhoïde récente, les résultats de la médication sont extrêmement favorables ; chez le plus grand nombre des malades il y a apyrexie après 3 ou 5 jours de traitement. Malgré quelques cas rebelles, Ehrlich croit même à une action spécifique de la thalline.

En tout cas, il y a lieu de surveiller l'alimentation, car les ulcérations intestinales n'ont pas le temps d'être cicatrisées au moment où cesse la fièvre. Ehrlich a vu 2 rechutes dont l'une sûrement par écart de régime. Il croit bon de continuer l'administration de la thalline pendant les premiers jours d'apyrexie.

Ehrlich et Laquer ont essayé la thalline dans quelques autres maladies. Elle s'est montrée complètement inefficace dans deux cas de fièvre intermittente et dans un cas de rhumatisme articulaire ; elle a eu un effet meilleur dans un érysipèle et dans une pneumonie franche.

Dans la discussion, A. Fraenkel déclare qu'il a essayé la thalline dans la phtisie ; il la prescrivait d'heure en heure, d'abord à la dose de 0,05, puis 2 jours plus tard à celle de 6 centigrammes ; enfin après 2 nouveaux jours, à la dose de 8 centigrammes ; le résultat a été aussi nul que dans le rhumatisme.

Gerhardt estime que dans la fièvre typhoïde, comme efficacité, la thalline vient immédiatement après l'hydrothérapie (*R.S.M*, XXVI, 56, 57, 514 et 517 ; XXVIII, 53). J. B.

I. — Ueber Typhusbehandlung (Du traitement de la fièvre typhoïde), par H. SENATOR (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 45, *p.* 722, *et n°* 46, *p.* 748, 9 *et* 16 *novembre* 1885).

II. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Idem.*, *n°* 46, *p.* 755).

I. — Pour apprécier la valeur du traitement hydrothérapique dans la fièvre typhoïde, Senator compare la mortalité due à cette maladie dans les 8 grands hôpitaux berlinois durant la période décennale 1875 à 1884. On trouvera dans l'original plusieurs tableaux dont voici le résumé :

Digitized by Google

Noms des hôpitaux.	Chiffre des typhoïdiques traités.	Mortalité décennale moyenne.	Mortalité minimum.	Mortalité maximum.
Charité.....	2,815	16.4 0/0	11.5 (1877) 0/0	21.3 (1880)
Friedrichshain	2,768	19.6	10.4 (1883-84)	28.3 (1874-75
Hedvige.....	2,412	15	7.7 (1883)	21.3 (1880)
Béthanie.....	2,229	13.5	7.9 (1883)	16.8 (1875)
Elisabeth....	847	12.8	7.3 (1881)	22.5 (1876)
Moabit.....	846	15.2	9.5 (1878)	23.1 (1882 83)
Augusta.....	545	12.8	7.1 (1879)	19.2 (1880)
Lazare.....	513	14.1	3.6 (1880)	32.4 (1884)

La Charité et les deux hôpitaux municipaux de Friedrichshain et des baraques de Moabit ont la mortalité la plus considérable, parce que leur clientèle est la plus misérable de celle qui fréquente les établissements hospitaliers.

Quant aux 5 autres hôpitaux, leur mortalité typhoïdique diffère peu, bien que la maladie y soit traitée très diversement. Dans aucun d'eux, toutefois, on n'applique très rigoureusement le traitement de Brand. C'est à Béthanie qu'on recourt le plus aux bains froids, mais Goltdammer y joint de la quinine ou de l'antipyrine. A Elisabeth, la température du bain n'est jamais inférieure à 20° Réaumur et, de deux jours l'un, on prescrit de la quinine.

Quant à Senator (hôpital Augusta), non seulement il n'a jamais employé l'hydrothérapie chez ses typhoïdiques, mais en outre il n'a jamais appliqué systématiquement, c'est-à-dire à partir d'une température morbide fixe, la méthode antipyrétique. Senator ne prescrit pas la méthode de Brand parce qu'elle est impraticable dans son hôpital; plutôt que de se contenter d'une méthode hydrothérapique mitigée qui ne donne jamais de bons résultats, il a complètement renoncé aux bains froids dont il ne méconnaît pas d'ailleurs les avantages. Ce qu'il reproche aux enthousiastes de la médication réfrigérante, c'est qu'ils font consister la fièvre uniquement dans la température élevée et qu'ils considèrent à tort le bain froid comme le meilleur des antipyrétiques.

En réalité, à titre d'antithermique, le bain froid est très inférieur à la quinine ou à l'antipyrine. Son utilité principale, c'est de stimuler le système nerveux, de faire disparaître la stupeur et cela avant même qu'on puisse constater un abaissement de la température rectale. Les bains ont encore deux avantages qui ne sont pas à dédaigner : c'est de forcer les malades à changer de place et de les rendre plus propres, directement et indirectement, parce que les bains éclaircissent le sensorium obnubilé. Senator résume son opinion sur les bains froids en disant qu'ils sont indiqués particulièrement dans les formes de dothiénenterie que les anciens décrivaient sous le nom de « febris nervosa stupida. »

Au contraire, les bains tièdes, par leur action sédative à la fois sur le système nerveux et la circulation, conviennent dans la « febris nervosa versatilis. »

Senator disculpe les bains froids du reproche qu'on leur a adressé de favoriser les entérorragies et les rechutes, car à l'hôpital Augusta les hémorragies intestinales (6, 8 0/0) et les rechutes (7, 8 0/0) sont au moins aussi communes que dans les services où l'on pratique la méthode de Brand.

Contre le collapsus, Senator préconise, en dehors de l'alcool, le casto-

Digitized by Google

reum, le musc et les injections d'huile camphrée, qu'il préfère aux injections d'éther, comme plus actives et indolores.

Pour combattre les hémorragies intestinales, Senator a renoncé à l'opium, au perchlorure et à l'ergotine en faveur du sous-nitrate de bismuth, qu'il prescrit par dose de trente à cinquante centigrammes, de deux en deux heures.

II. — *Goltdammer* énumère les obstacles qui s'opposent à l'établissement de statistiques analogues à celles de Senator, tellement les facteurs qui influencent la mortalité sont nombreux. Ainsi un des plus importants est l'époque d'admission à l'hôpital. A Béthanie, un huitième des typhoïdiques n'entre pas avant le 3e septénaire; ces malades entrés tardivement fournissent une mortalité de 36 0/0, et si on les défalque (car à cette période de la maladie les bains froids ne sont plus indiqués) la mortalité typhoïdique de l'hôpital se réduit à 9 0/0.

Goltdammer cite encore un fait de même ordre. En 1873, par suite de mesures administratives, on reçut dans le service des typhoïdiques femmes très peu de domestiques (qui entrent dès le début de la maladie parce que leurs patrons les renvoient) et un grand nombre d'ouvrières mariées qui ne quittent leur ménage qu'à la dernière extrémité. Cette année-là, la mortalité typhoïdique du service des femmes s'éleva à 20 0/0, tandis que les 5 années précédentes elle n'avait été que de 10, 5 0/0. On n'avait cependant pas affaire en 1873 à une épidémie maligne, puisque dans le service des hommes la mortalité n'a été que de 6 0/0.

Goltdammer conclut en déclarant que les statistiques où l'on compare la mortalité dans divers hôpitaux ne prouvent rien sur la valeur du traitement appliqué dans chacun d'eux, parce qu'elles ne tiennent pas compte d'un grand nombre d'autres circonstances qui ont leur importance. D'après lui, il n'y a à cet égard de statistiques valables que celles dressées pour l'armée prussienne, parce qu'il s'agit d'hommes de même âge, en bonne santé, et qui sont tous traités dès le début de leur fièvre typhoïde. Or, les statistiques militaires ne laissent aucun doute sur la supériorité de la méthode de Brand.

Ainsi dans l'année 1873-1874, alors que dans les 13 autres corps de l'armée la mortalité typhoïdique était de 13, 5 0/0, le 2e corps, celui de Stettin, le seul où l'on pratiquât la méthode de Brand, n'avait qu'une mortalité de 3, 7 0/0.

Aussi Goltdammer tient-il toujours l'hydrothérapie pour le meilleur traitement dont l'on dispose actuellement contre la fièvre typhoïde, bien qu'à Berlin elle ne donne pas les merveilleux résultats annoncés ailleurs. Mais ce n'est pas l'idéal de Goltdammer, qui y renoncera dès qu'on aura trouvé mieux et qui d'ailleurs n'administre pas les bains avec la rigueur prescrite par Brand et par Liebermeister.

P. Guttmann est également d'avis que la diminution de mortalité constatée pour la fièvre typhoïde depuis 20 ans est due à la méthode de Brand et non à l'amélioration du régime et de l'hygiène des malades, comme le professe Senator. De plus, il lui paraît, d'après ses expériences à l'hôpital Moabit, que la médication antipyrétique (bains froids et fébrifuges) a atténué la gravité des cas, ce qui est aussi l'avis de Goltdammer. Mais comme les bains n'ont qu'un effet passager sur la température, Guttmann y associe toujours des médicaments antipyrétiques.

Digitized by Google

Senator répond que toutes les statistiques jusqu'ici publiées en faveur de la méthode de Brand ne lui paraissent pas démonstratives, même celles de l'armée prussienne, parce qu'elles ne concernent pas la même époque, le même lieu, ni la même classe de population. Il n'y en a que 2 qui fassent exception, ce sont celles de Glaeser (*R. S. M.*, XXIII, 98) qui ne conclut pas en faveur, et celle de Vogt (*R. S. M.*, XXVII, 215) qui déclare que la méthode de Brand pratiquée rigoureusement fournit des résultats meilleurs que lorsqu'on la mitige. Or, Senator n'a aucune expérience sur la méthode pratiquée rigoureusement et se borne à affirmer comme Glaeser que la méthode de Brand modifiée n'est pas supérieure aux autres modes de traitement.

Henoch, chez les enfants, a renoncé depuis des années à l'eau froide dans la fièvre typhoïde; il prescrit des bains plus que tièdes, à 25-27° et l'antipyrine à faible dose (0,25-0,50 centigr.).

Antipyrin bei acutem Gelenk-Rheumatismus (Bons effets de l'antipyrine dans le rhumatisme articulaire aigu), par H. NEUMANN (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 37, p. 589, 14 septembre* 1885).

Lenhartz (*R. S. M.*, XXVII, 73) et Alexander (*Breslauer Aerzte Zeitsch.*, 1884, n° 14) ont les premiers signalé l'efficacité de l'antipyrine dans le rhumatisme articulaire aigu. Demme (*Fortschritte der Med.*, 1884, n° 21) a aussi publié deux faits favorables à cette médication.

Neumann à son tour, en apporte 17 autres et s'associe tout à fait aux conclusions de Demme, que l'antipyrine égale le salicylate de soude pour la prompte disparition des douleurs et du gonflement, de même qu'elle est tout aussi impuissante que lui à empêcher les complications, les récidives et les suites plus ou moins désagréables de l'affection.

La dose administrée aux malades de Neumann a varié entre 3 et 6 grammes, suivant l'intensité des phénomènes morbides. Un jeune garçon de 12 ans et demi a pu prendre dans le cours d'une journée 6 grammes d'antipyrine sans inconvénient. (*R. S. M.*, XXVI, 513, et XXVII, 503).

J. B.

Die Stromverhaltnisse im electrischen Bade (Les modifications des courants dans le bain électrique), par STEIN (*Zeitschrift für klin. Medicin.*, *Band X, p.* 476-495.)

Stein a étudié la façon dont se comportaient les courants dans les bains électriques unipolaires et dipolaires. Il est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Dans le bain unipolaire la quantité d'électricité qui, au moment de la fermeture du courant, passe dans la partie du corps servant de contact (main ou dos) est beaucoup trop considérable. Cette forme de bain doit donc être rejetée de la pratique.

2° Le bain dipolaire quand il est bien installé ne donne lieu qu'à des variations de courant insignifiantes dans les diverses parties du corps. Il mérite donc à cet égard d'être préféré. On a dit que dans ce bain le corps du malade restait à l'écart du courant et ne recevait que peu d'électricité. Cette objection est sans fondement. Les lois de la répartition des courants dans les conducteurs hétérogènes mis en contact

Digitized by Google

immédiat démontrent que le corps du malade continue bien à faire partie du circuit principal.

3° Dans les bains unipolaires comme dans les bains dipolaires on peut, au moyen de galvanomètres très sensibles, constater l'existence de courants secondaires qui correspondent aux courants normaux de la surface du corps.

4° Dans le bain dipolaire les phénomènes de polarisation sont par suite de la grandeur des électrodes et de la faible intensité du courant à son début réduits à leur minimum. La distribution de l'électricité est donc beaucoup plus régulière dans les diverses parties du corps et se rapproche d'avantage d'une constante invariable. M. DEBOVE.

Sulla bacterioterapia (De la bactériothérapie), par SORMANI (*Ann. universal. di med. avril* 1886).

L'auteur a reproduit, après expérimentation chez les animaux, les expériences de Cantani et Salama sur l'homme. Il n'est pas arrivé aux mêmes résultats satisfaisants.

Les inhalations de bouillon de culture chargé de bacteriumtermo ont échoué dans les cas où il a essayé de les employer. Elles ne constituent pas pour lui un remède de la tuberculose ; il croit que les inhalations de bouillon simple, concentré, pulvérisé, offrent de plus réels avantages.

F. BALZER.

Bactériothérapie de la phtisie pulmonaire, par BALLAGI (*Cent. f. d. ges. Therapie, mai* 1886).

Ballagi a essayé chez 8 malades les inhalations de culture de bacterium termo préconisées par Cantani. Chez aucun de ses malades il n'a vu diminuer la fièvre, ni la toux, ni le nombre des bacilles; on ne constata non plus aucune amélioration des symptômes physiques. Bien plus, chez un malade, il y eut de la diarrhée qui disparut dès qu'on cessa les inhalations. Les malades se refusèrent pour la plupart à continuer le traitement en raison de l'odeur fade et nauséeuse de la solution qui leur faisait perdre l'appétit. A. C.

Ueber subcutane Injectionen von Cocainum salicylicum bei Asthma, par MOSLER (*Deutsche med. Woch. n°* 11, *p.* 176, 1886).

Beschorner a obtenu deux succès dans le traitement de l'asthme par les injections sous-cutanées de salicylate de cocaïne. Mosler a répété ses expériences :

1° Femme, 23 ans, ayant depuis l'âge de 12 ans de fréquents accès d'asthme. Dans le cours d'un accès, le 7 janvier, injection sous-cutanée de 4 centigrammes de salicylate de cocaïne, sans résultat. Le matin suivant, nouvel accès, injection, cessation de l'accès au bout d'un quart d'heure. Les phénomènes se reproduisent cinq heures après, et résistent au médicament. La nuit suivante, on réussit à couper l'accès. Le 12 et le 13 janvier, même succès. Depuis ce moment jusqu'au commencement de février la malade n'a pas eu de nouveau paroxysme.

2° Homme de 23 ans reçoit, le 6 janvier, une injection de 4 centigrammes qui coupe un accès d'asthme ; il se plaint seulement de vertige et de troubles de la vue pendant deux heures. Même succès le 26 janvier et le 1er février.

3° Étudiant en pharmacie, âgé de 25 ans, souffrant d'asthme grave depuis

Digitized by Google

l'enfance. Il a essayé en vain tous les remèdes. Les accès sont très fréquents et durent longtemps, parfois toute la journée. Le 23 janvier, première injection. Le 25 janvier, le malade déclare qu'il n'a éprouvé aucun malaise, bien qu'ayant accompli un voyage qui jusqu'alors provoquait régulièrement le paroxysme. L'état général est meilleur; la toux a diminué, l'appétit augmente. Ce jour-là, injection qu'on répète le 27 et le 31. Pas d'accès. On continue le traitement. L. GALLIARD.

Pyridine in the treatment of asthma, par J. NEFF (*New-York med. journ. p.* 299).

L'auteur a employé la pyridine dans 12 cas d'asthme, et arrive à des conclusions très analogues à celles de Germain Sée.

Les cas observés se décomposent ainsi : 4 chez des femmes, 8 chez des hommes ; 3 cas d'asthme nerveux pulmonaire, sans retour ultérieur des accès; 3 cas d'asthme cardiaque avec disparition plus ou moins prolongée des accès; 3 cas d'asthme bronchique, sans rechute pendant un séjour à l'hôpital de dix semaines dans un cas, de moins de trois semaines dans les deux autres ; 2 cas d'asthme dans une phtisie avancée, soulagement léger dans l'un d'eux, nul dans l'autre; 1 cas d'asthme goutteux avec sclérose rénale, sans rechute pendant un mois.

La pyridine semble agir sur le sympathique et la moelle; elle ne constitue pas un agent curatif proprement dit, et sera surtout utile dans les cas d'asthme nerveux pulmonaire, quand les préparations iodées ne sont pas tolérées, et que la nitroglycérine on le nitrite de soude sont contre-indiqués. A. CHAUFFARD.

Das Aethoxy-Caffeïn als Ersatztitut des Caffeins bei Hemikranie (L'éthoxy caféine comme succédané de la caféine dans les cas d'hémicranie), par W. FILEHNE (*Arch. für Psychiatrie und Nervenkrank., Bd. XVII, H.* 1, *p.* 274).

Dans une courte note, W. Filehne propose d'expérimenter l'éthoxy-caféine chez les sujets affectés d'hémicranie, qui se sont bien trouvés de la caféine. Le médicament devra être donné sous forme de poudre; on ne devra pas dépasser la dose quotidienne de 6 décigrammes. E. RICKLIN.

Ueber die Behandlung gewisser Formen von Diabetes mellitus mit Alkalien (Traitement de certaines formes du diabète sucré par les alcalins), par E. STADELMANN (*D. Arch. f. klin. Med. Band XXXVIII, Heft* 3, *p.* 302, 1886).

Hallervorden a signalé chez les diabétiques une élimination très exagérée d'ammoniaque par l'urine, que Stadelmann attribue à la production et à l'élimination en excès de certains acides gras. Il pense que le coma diabétique est dû à une véritable intoxication acide de l'organisme. D'après cela il est logique de traiter ces accidents par les alcalins à haute dose.

Dans le présent travail, l'auteur rapporte l'observation d'un diabétique auquel il a donné de fortes doses de bicarbonate de soude dans de semblables circonstances, pour remédier à la menace du coma diabétique. Il a donné 18, 36, 72 et jusqu'à 100 grammes de bicarbonate de soude en vingt-quatre heures.

Les résultats obtenus sont consignés dans un tableau annexé à son travail.

Digitized by Google

Voici seulement les conclusions auxquelles donne lieu cette observation :

L'emploi du bicarbonate de soude, chez les diabétiques qui éliminent une grande quantité d'ammoniaque, diminue beaucoup cette élimination. Il est nécessaire pour cela d'employer des doses élevées du sel alcalin.

Ces doses élevées sont bien supportées et pendant longtemps.

L'emploi du bicarbonate de soude exerce une influence heureuse sur le diabète sucré. L'état général est meilleur, la soif est moindre. La digestion et l'alimentation se font bien. ALBERT MATHIEU.

Note sur l'emploi des injections sous-cutanées d'ergotinine chez les diabétiques et les albuminuriques, par DEHENNE (*Union médicale*, 1er *avril* 1886).

L'auteur, s'appuyant sur 32 observations de diabétiques et 2 d'albuminuriques, dit avoir constaté : 1° l'action incontestable des injections sous-cutanées d'ergotinine sur la disparition temporaire, et le plus souvent définitive, des principaux symptômes du diabète ; 2° la disparition successive de ces symptômes, polyurie et polydipsie, puis glycosurie; 3° la réapparition rapide de la glycosurie si l'on cesse trop vite les injections ; 4° la disparition définitive en deux mois de traitement ; 5° l'innocuité absolue des injections; 6° les avantages qui en résultent pour préparer à une opération chirurgicale, en particulier la cataracte ; 7° la facilité extrême du traitement, sans gêne apportée à l'alimentation; 8° chez les albuminuriques, les succès sont moins assurés. H. L.

Ueber die Anwendung des Naphtalins bei chronischen und acuten Darmkatarrhen (De l'emploi de la naphtaline dans les entérites aiguës et chroniques), par CRÄMER (*Centr. f. d. med. Wissensch.*, *n°* 10, 6 *mars* 1886).

L'auteur emploie la naphtaline dans les diarrhées aiguës et chroniques. Il l'a essayée avec succès chez un malade, porteur d'oxyures, contre lesquels tout traitement avait échoué. Aussi recommande-t-il ce médicament dans le cas de parasites de l'intestin.

Il donne la naphtaline en pilules (1 gramme par jour) et a rarement observé, et seulement à un degré faible, les troubles urinaires, qu'ont signalés Schwarz (*Centralblatt*, p. 221, 1885) et Pick (*id.*, p. 432). Ce fait a été observé à la suite de l'emploi d'une naphtaline impure. La présence de l'albumine dans l'urine n'est pas une contre-indication à l'emploi de ce médicament. ADOLPHE LESAGE.

Das Calomel als Diureticum, par Ernst. JENDRASSIK (*D. Arch. f. klin. Med. Band XXXVIII, Heft* 6, *p.* 499, 1886).

L'auteur est arrivé par hasard à employer le calomel comme diurétique et à en obtenir d'excellents résultats. Le médicament a été surtout donné dans des cas d'hydropisie d'origine cardiaque. Il est vrai de dire qu'il a été donné en même temps que le jalap à la dose de 0gr,80 en moyenne, par jour, en quatre prises. L'augmentation de la diurèse s'est produite dès le second ou le troisième jour. La quantité d'urine s'élevait souvent de 900 ou 1,000 grammes à 2 ou 3,000 et plus. Bientôt il y avait diminution de l'anasarque et disparition des phénomènes d'asystolie. Le

Digitized by Google

résultat obtenu était très analogue à celui que donne la digitale. Jendrassik s'est assuré que l'effet obtenu était dû au calomel et non au jalap.

Les inconvénients du calomel employé comme diurétique sont son action purgative et la stomatite. L'action purgative a été très peu prononcée; il n'est donc guère possible de faire intervenir la déplétion abdominale qui suffit parfois à rétablir l'équilibre circulatoire. Cela se voit souvent après administration d'un purgatif drastrique. A. MATHIEU.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié (1885-1886), par S. JACCOUD (*Paris*, 1886).

La nouvelle série de leçons cliniques que vient de publier le professeur Jaccoud ne le cède en rien aux précédentes ni pour l'intérêt des sujets traités, ni pour le talent de l'exposition. Nous ne pouvons qu'en signaler les principales.

D'après une observation très remarquable, et qui n'a d'analogue que dans un fait publié par Fraentzel, Jaccoud décrit une broncho-alvéolite fibrineuse hémorragique à foyers disséminés, associée le plus souvent à une évolution tuberculeuse et accompagnée d'hémoptysies et du rejet de concrétions fibrineuses ramifiées. Dans celles-ci, l'examen histologique a permis de déceler la présence de pneumonocoques de Friedlaender typiques.

Au point de vue clinique, cette broncho-alvéolite aiguë disséminée marche avec un appareil fébrile continu ou vespéral, avec les signes stéthoscopiques d'une condensation pneumonique pseudo-lobaire. Elle présente d'emblée un caractère hémorragique persistant, et la formation des moules bronchiques, composés de fibrine pure, creux ou pleins, est la conséquence de l'hémorragie.

A propos d'un sujet atteint de maladie cardio-artérielle, un nouveau signe de la symphyse cardiaque nous est décrit, c'est le mouvement systolique de reptation précordiale; de même, l'attitude fortement penchée en avant est un bon signe de médiastinite antérieure. Mais le signe par excellence de l'adhérence du péricarde, c'est la dépression systolique pluricostale, et l'étendue de l'adhérence est généralement égale à celle de la dépression. Tantôt ce retrait systolique ne porte que sur les parties molles des espaces intercostaux; tantôt il affecte également les arcs osseux, ce qui implique des adhérences extrapéricardiaques, unissant aux côtes la face externe du péricarde.

Une série de leçons nous montrent les diverses modalités du mal de Pott cervical ou dorsal, avec leurs symptômes si complexes et si délicats à analyser. On leur comparera avec grand profit, dans la leçon suivante, l'étude de la localisation vertébrale et vertébro-méningée du rhumatisme articulaire.

Nous devons encore signaler les leçons consacrées à l'histoire cli-

Digitized by Google

nique et thérapeutique du mal de Bright, et surtout la description lumineuse de ce problème tout d'actualité, la pluralité des albumines urinaires.

D'après Jaccoud, la présence de la globuline est sans rapport avec une altération quelconque des reins, et répond aux fausses albuminuries, à celles qui dépendent, à titre passager, de la modification des substances protéiques du sang sous l'influence de la maladie aiguë. Seule, la sérinurie constitue les vraies albuminuries, symptomatiques d'une lésion rénale. Suit l'exposé des données actuelles que nous possédons sur la peptonurie, et notamment sur la peptonurie associée au diabète sucré, avec les conséquences qu'elle comporte pour les rapports du diabète maigre avec l'azoturie.

Nous ne pouvons pousser plus loin notre analyse ; tout lecteur tiendra à la compléter par l'étude personnelle et attentive des trente-neuf leçons qui composent ce volume. A. CHAUFFARD.

Éléments de pathologie, par RINDFLEISCH, traduit par J. SCHMITT, avec préface de H. BERNHEIM (*In-8°, Paris*, 1886).

Dans cet ouvrage, l'auteur expose d'une façon élémentaire une sorte de philosophie générale de la pathologie. Dans une première partie, il étudie la maladie en général, la production locale de la lésion et sa propagation suivant les voies anatomiques ou physiologiques. Entre autres articles intéressant les étudiants français se trouvent ceux où il traite des inflammations diphtéritique et croupale avec la signification particulière que les Allemands attachent à ces expressions : l'inflammation diphtéritique caractérisée par un exsudat pénétrant dans le chorion muqueux, l'inflammation croupale par un exsudat superficiel, l'une et l'autre dues à l'action des micro-organismes. Rindfleisch cherche à étudier les tumeurs en général qu'il considère comme une perversion du développement normal des tissus sous l'influence probable de phénomènes pathologiques inconnus des centres nerveux. Il divise les tumeurs en hyperplastiques et en hétéroplastiques, ces dernières étant elles-mêmes subdivisées en archiplastiques developpées surtout au voisinage des vaisseaux et paraplastiques formées surtout au dépens des épithéliums. La malignité des tumeurs dépendrait surtout de ce que leurs éléments n'arrivent pas à maturation complète comme dans les épithéliomas et les sarcomes. Dans le chapitre où il étudie la propagation des maladies par les voies sanguines, il s'occupe des métastases et des thromboses, utilisant dans l'interprétation de la formation des caillots les opinions de Schiff, Hayem, et Bizzozero sur la matière fibrinogène et les hématoblastes. Au sujet de la fièvre, il suppose qu'elle est produite par l'importation dans l'organisme d'éléments agissant vraisemblablement comme des ferments à l'égard des substances albuminoïdes. Il cherche quel peut être le mécanisme de la fièvre. Pour Traube, la cause pyrogène déterminerait par action réflexe un frisson, celui-ci refoulant à l'intérieur le sang de la périphérie empêcherait la déperdition de la température et causerait ainsi l'élévation thermique. Pour Liebermeister au moment de la fièvre l'appareil régulateur de la température normalement réglé à 37° et quelques dixièmes se réglerait plus haut, 39° ou 40° par exemple. Rindfleisch émet une opinion plus simple. Au moment où la température commencerait à

Digitized by Google

s'élever, le malade aurait une sensation de refroidissement, cette sensation serait la cause du frisson. Au sujet de l'extension de la maladie par voies physiologiques l'auteur dit quelques mots sur divers troubles nutritifs (nécroses, ramollissements) sur la syncope, les œdèmes, les anémies, entre autres l'anémie pernicieuse qu'il considère comme une maladie de la moelle osseuse, sur l'urémie, l'albuminurie, le diabète, la diathèse urique, les ictères, etc., etc.

Dans la seconde partie ou « partie spéciale » l'auteur étudie les traumatismes, les maladies parasitaires et infectieuses. Il divise ces dernières en miasmes, miasmes-contages et contages : les miasmes n'étant pas transmissibles du malade à l'homme sain (exemple : fièvre intermittente) ; les contages ne pouvant se transmettre que du malade à l'homme sain (comme la diphtérie, l'érysipèle, etc.); les miasmes-contages produits par des microbes qui ont besoin de vivre un certain temps hors de l'organisme pour redevenir pathogène (exemple : la fièvre typhoïde). L'auteur ne se contente pas d'une énumération, il fait une étude rapide des maladies contagieuses et des microbes qui les produisent. C'est même une des parties les plus intéressantes pour les jeunes médecins et les praticiens qui trouveront là, en peu de mots, des données récentes encore un peu disséminées ou trop longuement exposées. Enfin l'ouvrage se termine par les maladies d'évolution comprenant la tératologie et les maladies d'involution, surtout l'artério-sclérose sénile.

En somme il s'agit surtout d'un livre élémentaire dont la lecture est agréable et qui est destiné à donner aux médecins un résumé rapide des diverses branches de la pathologie, le tout avec un plan spécial à l'auteur, lequel permet des rapprochements intéressants et instructifs.

P. GALLOIS.

Traité pratique des maladies des pays chauds (Maladies infectieuses), par F. ROUX (*In-8°, Paris*, 1886).

Placé dans le Bengale à la tête d'un service sanitaire pendant plusieurs années, F. Roux a eu l'occasion fréquente de voir de près un grand nombre des maladies tropicales, dont l'étude, depuis Dutroulau, a été quelque peu délaissée. L'ouvrage qu'il publie se fait surtout remarquer par le grand nombre de renseignements qu'on peut y trouver. Si les chapitres consacrés à l'étude de la dengue, du ponos, de la fièvre de Malte, etc., sont nécessairement fort écourtés, puisqu'il s'agit là de maladies d'une rareté extrême, tendant à disparaître ; ceux qui traitent du choléra, des fièvres intermittentes sont, au contraire, aussi complets que possible.

Les conditions étiologiques du choléra, le rôle considérable de l'alimentation des boissons, de l'eau surtout, dans la production de cette maladie, sont longment discutées et fort intéressantes. Nous recommandons aussi la lecture de ce qui est relatif aux fièvres intermittentes, en particulier les rapports qui existent au point de vue étiologique entre l'impaludisme et la fièvre rémittente et la fièvre continue paludéenne. Cette dernière, dit F. Roux, est excessivement rare, si même elle existe, et il est probable que l'intermittence du début doit souvent échapper à l'observateur.

Il nous serait difficile de donner ici un compte rendu exact et complet

Digitized by Google

de cet ouvrage qui a le mérite de nous faire connaître beaucoup de choses qui ne sont décrites nulle part, en même temps que d'être absolument, en ce qui regarde la pathologie générale, au courant de la science d'aujourd'hui. W. ŒTTINGER.

Guide hygiénique et médical du voyageur dans l'Afrique centrale, par Ad. NICOLAS, LACAZE et M. SIGNOL. (*in*-12, 2e *édition*, *Paris*, 1885.)

Les auteurs ont été chargés par la Société de médecine pratique de rédiger des instructions générales pour les voyageurs dans les pays tropicaux. Le cadre de cette deuxième édition a été considérablement étendu et Nicolas qui a été chargé de la partie la plus importante, l'hygiène, a mis à profit une foule de documents peu connus. Un chapitre de climatologie résume les détails relatifs à la chaleur, à l'humidité, aux conditions de développement du miasme tellurique, aux conditions géologiques et topographiques qui peuvent intéresser l'hygiène. L'auteur étudie ensuite l'action du climat, les conditions d'adaptation de l'européen, les moyens pratiques d'assainissement. Quelques notions sur l'équipement, le campement, sur les boissons, l'alimentation, complètent ces instructions.

Le chapitre de pathologie comprend l'exposé des maladies spéciales à ces régions, maladies parasitaires, plaies envenimées, leur traitement ; quelques notions médico-chirurgicales en cas d'accidents, (plaies, coups de chaleur, etc.). L'ouvrage se termine par un résumé suffisant d'hygiène vétérinaire ; il justifie son titre de guide hygiénique. C'est à notre avis l'ouvrage le plus complet et surtout le plus pratique de ce genre. A. C.

Un précurseur lyonnais des théories microbiennes; J.-B. Goiffon et la nature animée de la peste, par Humbert MOLLIÈRE (*In*-8°, *Lyon*, 1886).

A cette heure de plein épanouissement des théories microbiennes, il y a quelque intérêt de savoir que deux siècles avant, des médecins, dont le nom est oublié, avaient eu en quelque sorte la prescience de ces découvertes et avaient indiqué l'origine parasitaire des maladies. Un médecin distingué de Lyon doublé d'un érudit vient de publier un résumé des doctrines de Goiffon, qui mérite d'attirer l'attention des pathologistes qui tenteront un jour d'écrire l'histoire de la microbiologie.

C'est à ce titre qu'il nous semble utile d'indiquer sommairement les renseignements curieux réunis dans cette plaquette.

Au moment de la peste de Marseille de 1720, Goiffon rédigea, au nom de la commission lyonnaise, des instructions dans lesquelles on trouve nettement indiqué que la peste a pour cause l'existence de vers ou petits corps animés qui sont à la mite ce que la mite est à l'éléphant, d'où sa facile multiplication, son extension, son renouvellement. Ces animalcules, apportés dans les vaisseaux avec les marchandises, se multiplient dans un temps et ne le font pas dans un autre, d'où les intermittences de la peste..... En supposant des vermisseaux, des insectes, des petits corps animés, l'on comprend sans peine la multiplication de la cause de la peste. Quelque petit que soit le nombre des vivants (de ces vers) ou de leurs œufs, il en restera toujours assez pour infecter les villes voisines ou éloignées, si par malheur, quelqu'une de leurs espèces ou de leurs œufs y sont portés..... C'est un venin qui vient du dehors, qui ne

Digitized by Google

s'engendre et ne se forme pas dans le corps des malades. D'autres maladies, d'après Goiffon, doivent avoir pour origine des agents extérieurs animés.

Il nous est impossible de multiplier les citations de cet opuscule; les pathologistes y trouveront un exposé de la théorie des germes vivants, aujourd'hui confirmée par l'expérimentation moderne. C'est un travail d'histoire médicale qui fait le plus grand honneur à l'érudition de notre confrère H. Mollière. A. CARTAZ.

I. — **Experimentelle Studien ueber das bronchiale Athmungsgeraüsch, etc. (Études expérimentales sur le bruit bronchique et les phénomènes d'auscultation des cavernes), par Karl DEHIO** (*Deutsch. Arch. f. kl. Med. XXXVIII, Heft* 4 *et* 5, 1886).

II. — **Zur Kasuistik der Bronchitis crouposa, par SAX** (*Wiener med. Presse, p.* 8, 1886).

III. — **Contribution à l'étude expérimentale de la pneumonie et de la bronchopneumonie, par R. MASSALONGO** (*Arch. de phys.* 15 *nov.* 1885).

IV. — **Contribution à l'étude de la pneumonie épidémique, par J. GANIVET** (*Thèse de Paris*, 1886).

V. — **Four cases of acute pneumonia (Quatre cas de pneumonie survenant dans une famille simultanément), par Walter-G. SMITH** (*Dublin journ. of med. Sc., juillet* 1885).

VI. — **Contribution à l'étude de la pneumonie typhoïde, par Ch. MULETTE** (*Thèse de Paris*, 1886).

VII. — **Ueber das Vorhandensein der Pneumoniekokken in der Luft (Présence dans l'atmosphère des micrococques de la pneumonie), par A. PAWLOWSKY** (*Berlin. klin. Woch. p.* 345, *juin* 1885).

VIII. — **Examen bactériologique dans un cas de bronchopneumonie compliquée de pemphigus, par SAHLI** (*Corr. Blatt für schweiz. Aerzte, n°* 12, *p.* 288, *juin* 1885).

I. — Le bruit de respiration bronchique est provoqué par la résonance du bruit laryngé dans le cylindre bronchique. Il prend naissance toutes les fois que le courant respiratoire est suffisant pour engendrer un bruit de sténose laryngée.

De même, le souffle caverneux ne prend pas naissance dans la caverne elle-même, comme on le croit souvent. C'est le résultat de la résonance du bruit trachéobronchique dans l'excavation pulmonaire. Il présente du reste la même tonalité et la même hauteur au niveau de la caverne qu'au niveau du larynx et de la trachée. Le bruit caverneux peut prendre naissance à l'orifice de la caverne lorsque pénètre dans son intérieur un courant d'air suffisant pour engendrer un bruit analogue au bruit glottique. Il présente alors une tonalité et une hauteur différentes de celles du larynx et de la trachée, analogues à celles que donne la percussion quand il y a un bruit amphorique à la percussion au niveau de l'excavation.

Le retentissement métallique naît dans la caverne elle-même, que le bruit fondamental se produise au niveau du larynx ou à l'orifice de la caverne.

Digitized by Google

L'ouverture et la fermeture de la bouche modifient le bruit respiratoire bronchique dans sa résonance cavitaire, ou le bruit cavitaire qui prend naissance à l'orifice même de la caverne.

Les râles à résonance métallique peuvent être perçus au niveau de la caverne sans qu'il y ait mouvement de liquide ou production de bulles dans l'intérieur même de la cavité. A. MATHIEU.

II. — Un homme de 40 ans apporte, le 15 mars 1885, à l'auteur le produit de son expectoration : c'est une masse jaune sale qui, plongée dans l'eau, se décompose en arborisations fibrineuses, moulées sur les ramifications bronchiques. L'affection actuelle dure depuis un an. Au mois d'avril 1884, à la suite d'un refroidissement, accès de toux et rejet de moules fibrineux; ces phénomènes durent jusqu'au mois de juin. Ensuite catarrhe bronchique simple. Nouvel accès en automne, puis signes de bronchite chronique simple. L'expectoration fibrineuse se reproduit à la fin de décembre pour persister jusqu'à l'époque actuelle. Jamais d'hémoptysie.

Le sujet est nettement syphilitique. On lui prescrit 1gr,50 d'iodure. Au bout de quelques jours, expectoration plus facile.

Plusieurs fois encore le malade se présente avec des arborisations fibrineuses. Au mois de décembre 1885, on le traite par l'appareil à air raréfié, ce qui lui produit de l'amélioration; mais la bronchite pseudomembraneuse persiste : elle dure donc depuis vingt mois. L. GALLIARD.

III. — 1° Tous les moyens chimiques et mécaniques agissant plus ou moins profondément, plus ou moins longtemps, sur les poumons, ne peuvent que produire dans ce viscère les altérations de la bronchopneumonie ou de la simple pneumonie catarrhale, et jamais l'altération caractéristique de la pneumonie aiguë fibrineuse.

2° Le froid produit plus ou moins brusquement, comme dans les changements subits de température atmosphérique, n'a jamais pu produire chez les animaux la plus petite altération phlogistique de la plèvre et des poumons.

3° Toutefois, il existe un agent organisé qui est toujours capable de produire cette phlogose aiguë des poumons. Cet agent vivant est le pneumococcus dont les caractères morphologiques ont été déterminés par Friedlaender et Talamon.

Le micro-organisme de Friedlaender et Talamon existe dans les bronchopneumonies secondaires des enfants et dans les bronchopneumonies des vieillards, aussi bien que dans la pneumonie fibrineuse; il fait défaut au contraire dans les bronchopneumonies expérimentales. Il est l'agent pathogène des différents processus pneumoniques aigus spontanés. A. GILBERT.

IV. — Relation intéressante d'une épidémie de pneumonie observée à Lorient en 1882.

L'intérêt de cette épidémie réside surtout dans les conditions pathogéniques qui lui ont donné naissance. La *Vengeance* est un vieux bâtiment en bois, mouillé le long du quai de la Division, sur un fond de vase qui découvre à chaque marée, et où vient s'aboucher un égout fétide. Il paraît probable que les émanations putrides échappées de ce cloaque furent la cause déterminante de l'épidémie, qui frappant de jeunes recrues, devint plus particulièrement pernicieuse. H. R.

V. — Relation intéressante d'une sorte d'épidémie de pneumonie, qui, dans l'espace de moins de quinze jours atteignit, au mois de février 1885, quatre membres d'une même famille. Un seul mourut; et l'auteur fait re-

Digitized by Google

marquer, avec raison, que la courbe thermique de la maladie n'est nullement celle que l'on observe habituellement dans les cas mortels de pneumonie, avec élévation de la température finale. Au contraire, il y eut abaissement progressif du thermomètre, et mort dans le collapsus, par affaiblissement cardiaque, comme dans certaines pyrexies infectieuses.

L'auteur admet qu'il s'agissait là probablement d'une pneumonie épidémique d'origine microbienne. H. R.

VI. — Voici les conclusions de cette thèse, inspirée par Hayem, et qui repose sur l'analyse de dix-huit observations bien choisies.

La pneumonie typhoïde s'annonce par des symptômes qui rappellent l'invasion de la dothiénentérie, et l'état général est mauvais avant que n'apparaissent les signes stéthoscopiques pulmonaires. Ceux-ci s'établissent tardivement ; ce qui domine, c'est l'ataxie, l'adynamie, une température excessive ; les urines sont presque toujours albumineuses et la rate, ainsi que le foie, sont congestionnés comme dans les pyrexies infectieuses. L'évolution de ces accidents est rapide, et la mort en est presque toujours la conséquence.

On peut confondre ces pneumonies typhoïdes d'emblée avec les complications pneumoniques de la fièvre typhoïde ou les pneumonies infectieuses de la grippe. L'anatomie pathologique ne permet même pas d'établir un diagnostic différentiel bien net, car macroscopiquement les lésions sont identiques et histologiquement les alvéoles sont remplis d'exsudat comme dans les pneumonies légitimes, sans les nodules péribronchiques de la bronchopneumonie.

Le caractère le plus net et le plus important, pour diagnostiquer ces pneumonies typhoïdes, est tiré de l'état du sang. En effet, l'examen du caillot de la saignée montre l'absence de couenne et l'état déliquescent du coagulum ; et, sous le microscope, l'examen d'une goutte de sang fait voir que le réticulum fibrineux à mailles serrées des phlegmasies fait défaut, ainsi que l'accroissement des globules blancs. Ces caractères négatifs ont une haute valeur diagnostique et pronostique, car ils permettent d'affirmer, en face d'une pneumonie en apparence franche, qu'il existe un état infectieux prédominant et que l'évolution de la maladie sera probablement funeste.

Ces conclusions sont la confirmation des remarques faites précédemment par Hayem et Gilbert (Notes sur deux cas de pneumonie typhoïde, *Arch. gén. de méd.*, 1884, *R. S. M.*, XXIV, 741). H. R.

VII. — Pawlowsky a placé, dans divers endroits, des plaques de gélatine à la peptone de viande afin de recueillir les micro-organismes et il injectait les produits de culture à des animaux. Il lui avait été impossible d'y découvrir d'organismes pathogènes lorsque, en décembre, à une époque où il y avait des cas de pneumonie parmi les garçons d'amphithéâtre, il aperçut des diplocoques qui lui donnèrent des cultures claviformes absolument semblables aux pneumocoques de Friedlaender, et dont quelques-unes seulement possédaient une capsule.

Il les injecta à deux rats blancs, tandis que Lebedinsky injectait à deux autres animaux de la même espèce des produits de culture pure de microcoques pneumoniques.

Au bout de vingt-quatre heures, les rats avaient succombé et tous les quatre offraient les mêmes lésions : congestion intense du poumon droit

Digitized by Google

qui plongeait au fond de l'eau, pleurésie exsudative. L'exsudat pleural et les poumons renfermaient des diplocoques.

En répétant ces cultures, Pawlowsky reconnut la présence, à côté des gros diplocoques de Friedlaender, de diplocoques plus petits, qu'il lui fut impossible de séparer. Il injecta ces nouvelles cultures à deux lapins, à un cobaye et à trois chiens, dans la plèvre. Ces animaux eurent de la fièvre, de l'expiration rude ou de l'affaiblissement du murmure vésiculaire du côté malade. A l'autopsie, les lapins avaient tout un lobe du poumon droit atteint d'hépatisation franche et de la pleurésie fibrineuse avec adhérences molles; le cobaye une hémorragie au sein du parenchyme pulmonaire, entouré d'une zone de 3 centimètres de tissu dur, grisâtre, non aéré; deux des chiens une pleurésie fibrineuse et plusieurs foyers où le tissu pulmonaire était dur, grisâtre non aéré; le troisième chien n'avait qu'un seul foyer. Les portions pulmonaires malades étaient impénétrables à l'air; les alvéoles pleins d'un exsudat formé de fibrine, de globules blancs et d'épithélium. Les lésions pneumoniques étaient histologiquement plus marquées chez les lapins et les chiens; en revanche, on trouvait chez ces animaux beaucoup moins de microcroques que chez les rats.

En résumé, dans la majorité des cultures, les diplococques étaient dépourvus de capsule; ils étaient immobiles, leurs dimensions, leur forme et leurs réactions microchimiques correspondaient entièrement aux diplocoques de Friedlaender. Leurs cultures étaient claviformes et soulevaient la gélatine comme des têtes de clous. Mais les diplocoques étaient toujours mêlés d'un certain nombre de diplocoques plus petits. La consistance de ces deux espèces a déjà été signalée par Afanassiew à la fois dans les crachats pneumoniques et dans les cultures pures où Puschkarew les a également vues.

Quant aux inoculations de Pawlowsky, elles ont donné des résultats positifs chez les lapins (comme celles de Talamon, de Salvioli et de Zäslein) et les rats blancs (comme celles de Friedlaender, de Afanassiew, etc.), des résultats moins caractéristiques chez les chiens, tandis qu'au contraire Lebedinsky obtenait ses principaux succès sur les chiens et échouait comme Friedlaender chez les lapins. J. B.

VII. — Chez un enfant ayant succombé à une bronchopneumonie compliquée de pemphigus aigu, Sahli a trouvé dans les bulles une grande quantité de petits microcoques et dans les foyers d'hépatisation des bactéries d'espèces les plus diverses. Or il est parvenu à isoler une espèce offrant absolument les mêmes caractères morphologiques que les produits de la culture des organismes rencontrés dans les bulles de pemphigus. Aussi Sahli se croit-il autorisé à admettre que le pemphigus était le résultat de l'immigration des microcoques notés dans le poumon. J. B.

Statistics of pneumonia with Especial reference to the relations of delirium and temperature (Statistique de 200 cas de pneumonie envisagés au point de vue des rapports du délire et de l'hyperthermie), par Angel MONEY (*Brit. med. journ.*, *p.* 1110, *juin* 1886).

Sur 182 cas de pneumonie, le délire a été noté 56 fois, soit une proportion de 30 0/0. Il n'y a pas une relation évidente entre l'ascension thermique et la production du délire : parfois ce symptôme éclate avant

Digitized by Google

l'acmé fébrile, plus souvent il se montre au décours de la pneumonie, au moment où la température tombe. Ce qui paraît avoir le plus d'influence sur la production du délire, c'est le siège de la pneumonie au sommet : l'auteur se demande si en pareil cas il n'y a pas propagation inflammatoire au nerf grand sympathique qui règle la circulation encéphalique. La cause de la pneumonie ne paraît avoir aucune influence sur la production du délire. L'auteur insiste peu sur l'alcoolisme qui est cependant un facteur important dans la genèse des accidents. La mortalité n'est pas en rapport avec le délire. H. R.

Quelques observations sur la contagiosité de la pneumonie fibrineuse, par THAM (*Nordiskt medicin. Arkiw, n°* 10, 1886).

L'auteur confirme l'opinion de Keller, assistant de Jürgensen, tendant à faire admettre la plus grande fréquence des cas de pneumonie pendant les années sèches. Tham s'est servi pour appuyer son dire du relevé des épidémies de pneumonie observées en Suède pendant ces quinze dernières années. C. GIRAUDEAU.

Ueber einen bemerkenswerthen Fall von Heilung eines Pneumothorax bei Lungentuberculose (Guérison remarquable d'un pneumothorax tuberculeux), par NONNE (*Deutsche med. Woch., n°* 20, p. 337, 1886).

Garçon de 17 ans, né de père tuberculeux, tousse depuis deux ans. Il a dû rester au lit depuis trois mois. Brusquement, sans cause, douleur vive à gauche, dyspnée, oppression. On trouve à gauche de la voussure, avec sonorité exagérée, diminution des vibrations, respiration légèrement amphorique; pas de succussion; à droite, expiration rude au sommet sans râles. Pas de bacilles. Gonflement des ganglions du cou, cicatrices, taies cornéennes, exanthème scrofuleux du visage et des membres inférieurs.

Huit jours plus tard, le 22 juillet, exsudat liquide, séreux (on le ponctionne). A ce moment, on trouve des bacilles dans les crachats.

A partir de ce jour, les signes du pneumothorax diminuent progressivement, tandis que ceux de l'exsudat liquide persistent.

Le 14 août, il est impossible de trouver aucun symptôme de pneumothorax. Le cœur est encore déplacé.

Le 28 août, le cœur a presque repris sa place normale; frottement pleural à gauche.

Le 4 septembre, départ du malade. On trouve aux deux sommets quelques râles et de l'expiration prolongée, mais l'état général est fort bon. On trouve des bacilles.

Le malade se représente le 16 mars 1886. Il ne tousse plus. Inspiration saccadée sous les clavicules. Expiration prolongée en arrière, aux deux sommets. État général satisfaisant. L'auteur ne peut rechercher les bacilles, car pendant sa visite le malade n'expectore pas.

Il s'agit ici d'une double guérison : celle d'un pneumothorax et celle d'une poussée tuberculeuse. L. GALLIARD.

De la pleurésie dite a frigore, manifestation de tuberculose, par L. LANDOUZY (*Revue de médecine*, 10 *juillet* 1886).

Ce mémoire est l'exposé des idées émises déjà par Landouzy dans

Digitized by Google

plusieurs publications antérieures. Pour lui, la pleurésie à grand épanchement qui ne relève ni d'une infection (scarlatine, puerpérisme, etc.) ni d'une dyscrasie (rhumatisme), ni d'un trauma (fracture de côtes, infarctus pulmonaire) est toujours tuberculeuse : le malade fût-il vigoureux, jeune, gros et gras, se déclarât-il bien portant et indemne d'antécédents phymateux héréditaires ou personnels. L'auteur apporte aujourd'hui deux nouvelles observations à l'appui de son opinion : l'une a trait à un homme vigoureux, atteint d'un grand épanchement pleural droit, qui mourut subitement. A l'autopsie, on trouva une tuberculose pulmonaire droite corticale, des noyaux caséeux dans le poumon gauche et de l'engorgement caséeux et crétacé des ganglions bronchiques droits. L'autre est celle d'une femme qui fut prise au milieu d'une santé en apparence excellente de pleurésie gauche à grand épanchement. Après deux thoracentèses, le liquide devint purulent, la fièvre s'alluma et la malade mourut malgré l'empyème qui lui fut pratiqué. On constata à l'autopsie que la plèvre gauche était farcie de tubercules et que le poumon gauche commençait à s'infiltrer de granulations tuberculeuses. Le foie, le rein gauche, la rate étaient tuberculeux.

C. GIRAUDEAU.

I. — Rapport sur l'enquête concernant la contagion de la phtisie, par VALLIN (*Soc. méd. des hôp.*, 25 *fév.* 1886.)

II. — De l'influence de l'âge et du sexe sur la mortalité due à la phtisie, par H. HANDFORD (*Med. Times and Gaz.*, 28 *nov.* 1885).

III. — Die Aspiration, eine haüfige Ursache zur Verbreitung der Tuberkulose... (Rôle des inspirations forcées dans la dissémination de la tuberculose au sein du poumon), par von BRUNN (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 498, *août* 1885).

IV. — On the distribution of the tubercle bacilli in the lesions of phtisis (Distribution des bacilles dans les lésions tuberculeuses), par PERCY KIDD (*Medico-chir. Trans. LXVIII*, *p.* 87, 1885).

V. — On the presence of the tubercle bacilles in old specimen of diseased lung (Présence du bacille tuberculeux dans de vieilles pièces anatomiques de poumon), par Vincent HARRIS (*St-Barth. hosp. Rep. XXI*, *p.* 45, 1885).

VI.— Ueber Tuberkelbacillus in geschlossenen verkisten Darmfollikeln (Bacilles dans les follicules clos de l'intestin caséifiés), par HERXHEIMER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 52, 1885).

VII. — Zur Lehre von der Uebertragbarkeit der Tuberkelbacillen (Transmissibilité des bacilles de la tuberculose), par v. BRUNN (*Deutsche med. Woch.*, *p.* 178, 1886).

VIII. — Sur la tuberculose du cheval, par NOCARD (*Bull. Soc. cent. de médecine vétérinaire*, *III*, *p.* 45).

IX. — Contagiosité de la tuberculose, par NOCARD (*Ibid.*, *p.* 92, 1885).

X. — De l'immunité conférée par la guérison d'une tuberculose locale pour la phtisie pulmonaire, par A. MARFAN (*Arch. gén. de méd.*, *avril et mai* 1885.)

XI. — De l'hypertrophie de la mamelle chez les hommes atteints de tuberculose pulmonaire, par LEUDET (*Arch. de méd. janvier* 1886).

I. — L'enquête a fourni 439 observations nominales, dont 213 à l'appui

Digitized by Google

de la contagion et 226 négatives, où, malgré les conditions favorables à la contagion, celle-ci n'a pas eu lieu.

L'hérédité ne semble pas jouer un rôle dans plus de la moitié des cas. Toutefois, elle ne se produit guère que par la voie directe. Elle a lieu très exceptionnellement par atavisme ou par voie collatérale. L'enfant a beaucoup de chances de devenir tuberculeux quand la mère, à l'époque de la conception, était déjà tuberculeuse ; quand le père seul était phtisique, les enfants restent souvent indemnes. On ne peut encore considérer comme démontrée la tuberculisation par conception, c'est-à-dire la contamination d'une mère saine, par le produit de la conception qu'elle porte dans son sein, et qui provient d'un père phtisique : la tuberculose héréditaire est d'ordinaire précoce ; la tuberculose tardive est le plus souvent acquise.

Les 213 cas de contagion se répartissent ainsi : entre conjoints, 107 cas, dont 64 fois du mari à la femme, et 43 fois de la femme au mari ; entre parents consanguins, 73 cas, entre étrangers, 32 fois.

Dans la classe aisée, la contagion de l'époux tuberculeux ou survivant paraît n'avoir lieu qu'une fois sur dix, ce qui entraînerait encore 2,500 décès annuels par suite de la contagion conjugale. Dans les localités isolées, les îles, la tuberculose paraît souvent naître accidentellement par importation des villes voisines. H. L.

II. — Les tables de l'auteur démontrent que la mortalité phtisique diffère dans chaque pays. Dans tous les pays, elle est assez élevée pendant les cinq premières années de la vie ; aux États-Unis, en Allemagne et en Angleterre, elle atteint son minimum entre 5 et 10 ans, en Suède entre 10 et 15 ans. A partir de cet âge, la mortalité augmente progressivement, aux États-Unis jusqu'à 80 ans, en Prusse et en Suède jusqu'à 70 ans. En Angleterre, elle atteint son maximum entre 15 et 65 ans. En Prusse, la mortalité phtisique est un peu plus élevée dans les villes que dans les campagnes.

Au point de vue du sexe, la mortalité est plus élevée chez les garçons que chez les filles, pendant les cinq premières années de la vie ; à peu près égale pour les deux sexes entre 5 et 10 ans. De 10 à 15 ans, elle est presque double chez les filles que chez les garçons. Elle est plus grande chez les hommes, aux États-Unis, à partir de 40 ans ; en Prusse, à Copenhague et en Suède, à partir de 20 ans.

Remarquons, en terminant, la diminution progressive et permanente de la mortalité phtisique en Angleterre, diminution que l'auteur attribue aux progrès de l'hygiène et de la thérapeutique. J.-B. H.

III. — Brunn admet que la tuberculose laryngée peut devenir l'occasion de la dissémination de la tuberculose pulmonaire par le mécanisme suivant. Les malades qui ont l'épiglotte ulcérée toussent en mangeant, ce qui détermine l'aspiration, dans le poumon, de parcelles alimentaires chargées de bacilles. Les parcelles alimentaires qui ont pénétré dans les alvéoles agissent à la façon d'un corps étranger, en provoquant de l'hépatisation. Celle-ci, à son tour, offre un sol favorable au développement des bacilles que les parcelles ont pu amener. J. B.

IV. — Mémoire basé sur l'examen anatomique de 90 cas de phtisie dont voici le détail :

Digitized by Google

Poumon, 31 cas de granulations : bacilles trouvés...	24	fois
» 10 — pneumonie caséeuse.....	9	
Larynx et trachée, 13 cas.....	12	
Intestins 12	8	
Ganglions lymphatiques, 13 cas.....	6	
Pie-mère, 4 cas.....	4	
Péritoine, 3	3	
Péricarde, 2.....	2	
Langue, 3.....	3	
Foie, 6.....	5	
Rein, 6.....	5	
Rate, 4	2	
Synoviales articulaires, 2 cas	2	

Au point de vue de la topographie des bacilles, le fait le plus saillant est leur accumulation au niveau de la couche de revêtement des cavités suppurantes, qu'il s'agisse d'une bronche dilatée ou d'une caverne pulmonaire. Cette couche se colore uniformément de bacilles, et, si on l'enlève, on n'en rencontre plus dans l'intérieur des parois, surtout quand elles sont de nature fibreuse.

Par contre, dans les cavernules microscopiques, les bacilles n'occupent pas seulement le bord de la cavité, ils s'étendent dans les portions avoisinantes envahies par la caséification.

Dans les formes de phtisie pneumonique à tendance fibreuse, les bacilles sont toujours très rares, ce qui concorde bien avec l'évolution clinique de ces variétés de tuberculose. Quand on rencontre de vieux foyers enkystés dans du tissu fibreux, la règle est de trouver des bacilles dont la vie est latente, mais non détruite, car ils peuvent, une fois inoculés, reproduire la maladie dans ses formes rapidement extensives.

La tuberculose miliaire aiguë fournit toujours une immense quantité de bacilles, au niveau des granulations. On les trouve également dans les cellules épithélioïdes qui entourent le noyau central de la granulation. Enfin, quelquefois, on les rencontre dans les parois des petites veinules pulmonaires, et même des capillaires artériels. Les lymphatiques doivent être atteints, mais l'auteur ne peut en donner la démonstration absolue.

Cette distribution de bacilles est donc bien en rapport avec l'hypothèse de leur introduction par l'air ambiant, et de leur germination initiale sur la muqueuse des alvéoles et des bronchioles. Mais cela n'explique pas les conditions nécessaires à cette germination, car, même dans les cas où les bronches sont chroniquement malades et dépouillées de leur épithélium, on ne trouve pas nécessairement de bacilles. L'auteur rapporte en détail deux cas de bronchectasie avec altération putride des sécrétions bronchiques, dans lesquelles on ne trouva que des microcoques, et pas un seul bacille, bien que les malades eussent séjourné plusieurs mois dans la salle des phtisiques. H. R.

V. — Harris a fait des recherches sur d'anciennes pièces du musée de l'hôpital Saint-Barthélemy, datant de 40 à 50 ans, pour contrôler le degré de vitalité et d'inaltérabilité du bacille tuberculeux. Sur dix échantillons de cet âge, il a constamment rencontré le bacille ; seulement il se

Digitized by Google

colorait moins facilement aux réactifs d'Ehrlich et de Weigert, et paraissait retenir moins longtemps la matière colorante. L'auteur l'a retrouvé aussi bien dans les tubercules miliaires que dans les masses caséeuses, et même dans les épaississements chroniques, d'apparence fibroïde, de certaines plèvres tuberculeuses, ce qui prouve bien que la phtisie bacillaire n'est pas une maladie nouvelle. H. R.

VI. — Höning déclare que les follicules clos caséifiés ne renferment pas de bacilles. Herxheimer a fait, au contraire, des recherches sur six intestins tuberculeux, pris au hasard, et dans toutes les préparations il a trouvé des bacilles. Il a constaté, en même temps, que les follicules clos caséifiés contiennent, malgré les dénégations de Gottsacker et de Höning, des cellules géantes. La tuberculose se développe donc là, avec ses éléments caractéristiques, comme dans les autres organes lymphatiques.

L. GALLIARD.

VII. — Une dame âgée, délicate, atteinte depuis plusieurs années de pneumonie chronique de la base droite, a soigné pendant trois ans son fils, atteint de phtisie nettement bacillaire, sans qu'on ait jamais pu trouver dans ses crachats un seul bacille.

Il est remarquable de voir, dans ce cas, la résistance aux bacilles, alors que le terrain semblait si bien préparé pour les recevoir. Mais il est juste d'ajouter que l'absence de constatation bacillaire n'est pas une preuve péremptoire de l'absence de tuberculose. L. GALLIARD.

VIII. — Chez 8 chevaux dont il avait fait l'autopsie, Nocard avait rencontré des lésions de divers organes qu'il avait considérées tout d'abord comme de nature lymphadénique ; un examen ultérieur plus complet lui permit de voir qu'il s'agissait de tuberculose ; tous les foyers en question contenaient le bacille caractéristique.

IX. — Nocard fut chargé d'examiner des poules qui venaient de succomber, au nombre d'une dizaine successivement, dans la même basse-cour. Ces poules, jeunes et vieilles, toutes horriblement maigres, avaient des lésions tuberculeuses considérables.

Comment la contagion était-elle survenue dans cette basse-cour? Voici ce que l'enquête a permis d'établir. Le valet de ferme, chargé de la soigner, était un phtisique à un degré avancé. Chaque fois qu'il crachait, les poules se mettaient à picorer ces crachats ; d'où l'apparition de la tuberculose. A. C.

X. — Dans un premier chapitre, Marfan résume les preuves apportées en faveur de la nature tuberculeuse bacillaire du lupus et des écrouelles et conclut en disant que le lupus, dans ses diverses modalités, et les adénopathies des strumeux sont incontestablement des lésions tuberculeuses.

Il étudie ensuite les rapports du lupus et des écrouelles avec la phtisie pulmonaire et montre que les faits peuvent être divisés en cinq groupes.

Un premier groupe comprend les observations de lupiques ou d'écrouelleux guéris, n'ayant pas de phtisie pulmonaire.

Les malades atteints de lupus complètement guéris sont rares. Marfan a pu cependant en observer 12 qui ne présentaient aucun signe de phtisie pulmonaire. Il a vu de même un certain nombre de malades porteurs d'écrouelles guéris et complètement indemnes de tuberculose pulmonaire.

Digitized by Google

Un deuxième groupe est celui des lupiques et des écrouelleux non guéris n'ayant pas de phtisie pulmonaire. — Les faits de ce genre sont nombreux : sur 72 lupiques traités en 1885 à la policlinique de Vidal, 70 avaient les poumons sains et 2 seulement avaient les poumons malades. Quant aux écrouelles, celles de l'enfance ont paru guérir le plus habituellement et donner l'immunité pour la phtisie; celles de l'âge adulte, au contraire, paraissent accompagner fréquemment la phtisie pulmonaire.

Le troisième groupe est celui des phtisiques n'ayant jamais eu de lupus ou d'écrouelles. Ces malades se rencontrent fréquemment dans les services d'hôpitaux.

Les phtisiques ayant des écrouelles ou un lupus non guéri constituent le quatrième groupe. Mais, puisque ces écrouelles et ces lupus ne sont pas guéris, ces faits ne prouvent rien contre l'immunité tuberculeuse.

Enfin dans le cinquième groupe se rangent les malades devenus phtisiques, après avoir eu un lupus ou des écrouelles guéris depuis de longues années. Si la théorie de l'immunité est vraie, ce groupe ne doit renfermer aucun cas. Et, en fait, de semblables observations sont extrêmement rares, si on veut faire attention au terme de guérison complète du lupus et de l'écrouelle, sur lequel l'auteur insiste fortement.

La conclusion qui semble découler pour l'auteur de l'examen des faits exposés, est que la guérison d'une tuberculose locale (lupus ou écrouelle) donne l'immunité pour la phtisie pulmonaire. Une seconde conclusion, c'est que les tuberculoses dites locales sont en général des tuberculoses atténuées. RICHARDIÈRE.

XI. — Leudet a observé chez trois malades cette lésion qui consiste en une hypertrophie de la glande, se développant à la suite de douleurs dans la paroi thoracique, le plus souvent unilatérales. La glande est augmentée de volume dans sa totalité, sans induration, sans coloration rougeâtre de la peau, sans adhérence aux tissus sous-jacents. Son volume peut devenir considérable. Les ganglions lymphatiques ne sont pas engorgés. Le développement de la glande se fait rapidement en un ou deux mois ; la période d'état peut dépasser plusieurs mois. Au bout de ce temps, la période de décroissance s'annonce par une modification des douleurs qui existaient auparavant à la pression, au contact et même spontanément. Aucun de ces engorgements ne s'est terminé par suppuration.

L'auteur pense que cette lésion de la glande mammaire appartient plutôt à une irritation de voisinage qu'à une tuberculose de la glande.

RICHARDIÈRE.

I. — **Rupture de l'estomac, par REVILLIOD** (*Rev. méd. de la Suisse romande, V. p. 5, janv.* 1885).

II. — **Ulcère de l'estomac ouvert dans le péricarde, par de CÉRENVILLE** (*Ibid. p.* 533, *sept.* 1885).

III. — **Pyopneumothorax subphrenicus, par GLÆSER** (*Deutsch. med. Woch.*, n° 11, 1885).

IV. — **Ulcer of the stomach... (Ulcère de l'estomac ouvert dans le cœur), par Magee FINNY** (*Brit. med. journ., p.* 1102, *juin* 1886).

Digitized by Google

V. — Methode für die klinische Prüfung und Diagnosen der Störungen in der Verdauungsfunktion des Magens (Méthode d'examen et de diagnostic des troubles digestifs gastriques), par A. GLUZINSKY et W. JAWORSKY (*Berl. klin. Woch. t. XXI, p.* 527).

VI. — Ueber nervöse Dyspepsie, par E. LEYDEN (*Ibid., p.* 473).

VII. — Ueber Malaria-Magenkrankheiten (Impaludisme gastrique), par ROSENTHAL (*Wiener med. Presse n°* 14, 1885).

VIII. — Syphilis gastrique et ulcère de l'estomac, par GALLIARD (*Arch. gén. de méd., janv.* 1885).

IX. — Ueber Gährungsvorgänge im Verdauungstractus... (Fermentations du tube digestif et champignons qui y prennent part), par MILLER (*Deutsche med. Woch., n°* 49, 1885).

I. — Femme de 28 ans, jouissant d'une bonne santé, à part des douleurs d'estomac. A la suite d'une course rapide après un repas, elle est prise d'une de ses crises de gastralgie. Le lendemain matin, emphysème sous-cutané de la face et du tronc ; énorme tympanisme abdominal et vulve entr'ouverte, périnée bombé comme au passage d'une tête de fœtus ; utérus immobilisé, entre les petites lèvres. Revilliod diagnostique une pneumatose péritonéale par perforation d'un ulcère de l'estomac. Mort rapide.

A l'autopsie, la cavité abdominale est remplie d'air, le paquet intestinal est appliqué contre la paroi postérieure de la cavité abdominale qui contient un épanchement de matières alimentaires fluides. L'estomac est dilaté, son grand cul-de-sac remonte dans la cage thoracique gauche. Il mesure 31 centimètres de long et 14 de haut. Sur le milieu de sa face antérieure est une perte de substance qui n'intéresse que les couches superficielles : d'une longueur de 7 centimètres, le fond en est formé par la tunique musculeuse. Sur la face postérieure de l'estomac, sont d'autres solutions de continuité semblables, véritables éraillures ; enfin, parallèlement à la petite courbure est une vaste déchirure qui intéresse toutes les tuniques et laisse passer 4 doigts. La muqueuse gastrique est violacée, boursouflée, épaissie, mamelonnée ; sur d'autres points, elle présente des pertes de substance irrégulières qui ne correspondent pas aux éraillures de la surface externe. Nulle part la muqueuse n'offre apparence d'ulcérations ou de cicatrices.

Il résulte des expériences que Revilliod a faites pour élucider le mécanisme de cette rupture non pathologique de l'estomac, que lorsqu'on insuffle ou remplit d'eau ce viscère lié à ses deux extrémités, jusqu'à ce qu'il éclate, on voit bientôt des éraillures se dessiner au milieu de ses faces antérieure et postérieure. Le péritoine se déchire peu à peu de la surface vers la profondeur, puis l'explosion se fait par une large déchirure parallèle à la lèvre postérieure de la petite surface. Il faut 4 kilos d'eau pour faire éclater un estomac : alors la muqueuse offre quelques déchirures à bords irréguliers.

II. — Homme de 45 ans, ayant eu à deux reprises, il y a 6 et 7 ans, des hématémèses. Depuis 2 ans, anorexie, nausées, douleurs. Brusquement, il est pris d'une douleur extrême à l'épigastre : le 4e jour, la cyanose est générale ; il y a de la dyspnée, pas de fièvre, sonorité tympanique dépassant les limites du péricarde, et s'étendant à la région postérieure entre la pointe de l'omoplate et la base du thorax : dans toute cette région, le bruit respiratoire est éloigné, peu distinct. Les bruits cardiaques et le choc de la pointe sont imperceptibles. On entend un bruit de frottement à gauche et à droite du sternum. Crépitation d'emphysème entre l'appendice xyphoïde et le sein gauche. En l'absence de tout signe caractéristique de pneumopéricarde, de Cérenville crut à un épan-

Digitized by Google

chement de gaz intrapleural et fit une ponction dans le sixième espace intercostal, à 3 centimètres, en dehors du mamelon dans la zone amphorique : il y eut issue de gaz. Le lendemain, le pouls se releva, la cyanose et la dyspnée furent moindres; les bruits du cœur devinrent perceptibles, avec un timbre métallique de même qu'un bruit de frottement précordial isochrone aux bruits du cœur. Le foie paraissait très développé. Le diagnostic fut alors : pneumopéricarde avec pneumothorax. Après quelques jours d'amélioration, réapparition des phénomènes généraux antérieurs et mort 14 jours après le début des accidents.

Autopsie. Péricarde distendu et soudé au diaphragme, ainsi qu'aux plèvres, foie abaissé. On ne voit de l'estomac qu'une petite partie de l'extrémité pylorique et de la grande courbure. Le reste de l'estomac se trouve, avec la rate et une portion du côlon transverse et descendant, dans une sorte de poche située à gauche sous le diaphragme, répondant à l'espace compris entre la quatrième et la septième côte, et formée par des adhérences du péritoine. Sur la paroi externe de cette poche, se trouve la piqûre du trocart.

A l'incision du péricarde, issue de gaz fétides. Cœur recouvert de matières noirâtres ayant l'odeur et l'aspect du contenu de l'estomac. Le cœur adhère à la paroi postérieure du péricarde et au péricarde diaphragmatique. Sa surface est macérée et ulcérée par places par le liquide.

Sur la petite courbure de l'estomac, au niveau d'une adhérence au diaphragme, ulcère allongé, à fond en grande partie cicatrisé, sauf à l'extrémité voisine du cardia où est une ouverture arrondie faisant communiquer l'estomac avec le péricarde, un peu à gauche et en arrière de la pointe du cœur.

Ici la confusion entre un pneumothorax et la collection sous-diaphragmatique était inévitable, vu l'absence des symptômes caractéristiques d'une péritonite enkystée. J. B.

III. — Femme de 36 ans, atteinte le 27 septembre d'un violent point de côté à droite. Dyspnée, pouls rapide, frisson. On trouve à droite de la matité et des frottements pleuraux : une ponction sans succès. A gauche, en avant et en arrière, existent les signes d'un hydropneumothorax ; mêmes signes à la région antéro-inférieure du thorax. Le foie paraît abaissé. Le cœur est refoulé à gauche et en haut, et immédiatement au-dessus de la zone où se perçoivent les symptômes de pneumothorax on entend du souffle bronchique et des râles sonores.

Ces symptômes permettent de penser qu'il n'y a pas là de pneumothorax vrai, mais une collection hydro-aérique située au-dessous du diaphragme.

On trouve en effet à l'autopsie une poche dont les parois sont constituées par le foie, l'estomac, le mésocôlon et le côlon transverse, le diaphragme; cette poche, contenant du pus et des gaz, résulte de la perforation de l'estomac par un ulcère rond. L. GALLIARD.

IV. — Un garçon, âgé de 19 ans, entre à l'hôpital de Dublin pour un rhumatisme subaigu, datant d'un mois. On constate les signes d'une péricardite sèche adhésive qui guérit assez promptement. Mais la fièvre persiste avec des redoublements vespéraux qui font craindre le développement d'une tuberculose. Pendant ce temps, le malade n'éprouve aucun malaise gastrique, continue à bien digérer et ne se plaint nullement de l'estomac ; seulement il ressent, de loin en loin, une douleur correspondant au cartilage de la sixième côte gauche, avec irradiation vers l'épaule, douleur soulagée par la pression. Une nuit, il éprouve de l'insomnie et du malaise : le lendemain matin, il se lève pour uriner, se sent très faible et meurt en une demi-heure, perdant du sang par les garde-robes, mais ne vomissant pas.

L'autopsie montre les intestins et l'estomac remplis de sang. Il existe un ulcère rond, situé sur la petite courbure de l'estomac, au voisinage du cardia. Cet

Digitized by Google

ulcère a perforé les parois gastriques, le centre aponévrotique du diaphragme et la plèvre ; il communique avec la pointe du ventricule gauche qui est ramollie et présente une fistule pénétrant jusque dans l'intérieur de la cavité ventriculaire, à la base d'implantation des muscles papillaires. Ce travail ulcératif avait pu s'accomplir, grâce à des adhérences anciennes du péricarde, qui avaient complètement oblitéré le sac péricardique.

L'auteur étudie le mécanisme de cette rare complication de l'ulcère rond, et passe en revue les travaux récents sur le pneumopéricarde consécutif aux ulcérations gastriques (Guttmann, *Berlin. Kl. Woch.*, avril 1880 ; — Mathieu, *Arch. méd.*, 1880 ; — Moizard, *Soc. méd. hôp.*, 1885). L'ouverture de l'ulcère dans le cœur est encore plus exceptionnelle : jusqu'ici, il n'en a été publié que trois exemples, ceux de Chiari (*Anzeigen der Krank-Gesellsch der Aerzte, in Wien*, p. 161, 1880) ; — Brenner (*Wien. med. Woch.*, 1881, n° 31) ; — Oser (*Wien. Blætter*, n° 52, 1881). Il semble nécessaire, pour que cette éventualité se produise, que l'ulcère siège sur la paroi antérieure de l'estomac au voisinage du cardia et de la petite courbure et, en second lieu, que le sac péricardique soit préalablement oblitéré par d'anciennes adhérences. La myocardite qui accompagne la péricardite prépare alors les voies à la dégénérescence du muscle cardiaque. H. R.

V. — Voici comment les auteurs procédent : Après s'être assuré, la veille, que l'estomac de l'individu qui sert de sujet d'expérience ne contient pas le matin à jeun de restes alimentaires, au lever de l'individu, on lui fait manger un blanc d'œuf cuit dur et boire cent centimètres cube d'eau distillée ; puis on le laisse tranquillement assis durant cinq quarts d'heure. Au bout de ce temps, on introduit dans son estomac une sonde par laquelle on verse 100 centimètres cubes d'eau distillée et on aspire ensuite le contenu de l'estomac. Pour s'assurer qu'il ne reste pas quelques morceaux d'albumine dans l'estomac, on verse par la sonde un demi-verre d'eau, on aspire de nouveau et on répète 2 ou 3 fois cette manœuvre jusqu'à ce que le liquide ne ramène plus de fragments. Le liquide est soumis à l'analyse chimique et miroscopique.

Quand la fonction digestive de l'estomac est normale, son contenu doit offrir les caractères suivants :

1° Au bout de cinq quarts d'heure, il ne doit rester aucun fragment d'albumine ;

2° Le liquide stomacal doit être clair ou faiblement opalescent ;

3° La réaction doit être neutre ou à peine acide. Le violet de méthyle ne révèle pas d'acide chlorhydrique dans le filtrat.

4° Ce filtrat ne doit pas présenter la réaction de la syntonine ni de la peptone ;

5° 25 centimètres cubes du liquide gastrique filtré, acidifiés avec une goutte d'acide chlorhydrique officinal, doivent digérer, en sept heures au maximum, un disque d'albumine pesant 0gr,06 ;

6° Sous le microscope, on ne doit apercevoir ni organismes de fermentation, ni cellules nucléées.

Si, malgré ces caractères du contenu, il existe des troubles stomacaux, le lendemain matin, à jeun, on répétera la même expérience, mais en aspirant le contenu de l'estomac au bout d'une demi-heure.

Si le travail digestif s'exécute normalement, on constate alors les phénomènes suivants :

Digitized by Google

1° Environ moitié des morceaux d'albumine sont aspirés de l'estomac, mais déjà ils sont rongés sur les bords;

2° Le filtrat, fortement opalescent, offre une acidité double ou triple de la précédente et la présence d'acide chlorhydrique est révélée par la teinte bleu violet obtenue avec une goutte d'une solution de violet de méthyle à 0,2 0/0 ;

3° Le filtrat présente une petite quantité de syntonine reconnaissable à un léger trouble de l'acide acétique et de la solution de ferrocyanure de potassium; de même qu'à la neutralisation par la lessive de soude;

4° Le filtrat offre, après addition de lessive de potasse et d'une solution de sulfate de cuivre, une réaction de peptone d'un rose rouge;

5° 25 centimètres cubes de liquide filtré digèrent les disques d'albumine indiqués plus haut en six ou sept heures, sans addition d'acide chlorhydrique;

6° Sous le microscope, on ne reconnaît ni ferments organisés ni cellules à noyaux.

Lorsque, au contraire, la fonction digestive ne s'accomplit pas régulièrement :

1° Les morceaux d'albumine restent dans l'estomac beaucoup plus longtemps que cinq quarts d'heure, et c'est là le fait le plus commun. Quand il y a excès d'acide gastrique, ces morceaux sont rongés sur les bords et très gonflés; quand, au contraire, il y a défaut d'acide, les fragments d'albumine sont compacts et ont conservé leur forme;

2° Le liquide stomacal s'élève à 150 centimètres cubes ou davantage; il est trouble, coloré habituellement en vert jaune ou bleuâtre par la matière colorante biliaire; il est mêlé de flocons jaunes ou jaune verdâtre.

3° Le filtrat du liquide retiré au bout de deux quarts d'heure est très fortement acide et prend une coloration bleu intense avec la solution de violet de méthyle. Inversement, dans d'autres cas, le liquide gastrique n'est que faiblement acide, et la solution de violet de méthyle ne décèle pas d'acide chlorhydrique;

4° Le filtrat du liquide extrait même après cinq quarts d'heure est en général très acide, lorsqu'il renferme des fragments d'albumine;

5° Le filtrat du liquide gastrique retiré au bout de deux quarts d'heure peut offrir une réaction rouge intense de peptone et un trouble relativement fort de syntonine; ou bien, inversement, en cas d'absence d'acide gastrique dans le filtrat, il n'y a aucune réaction de peptone, mais une coloration violette d'albumine dissoute;

6° Le filtrat d'un liquide retiré au bout de cinq quarts d'heure peut encore offrir une réaction de peptone d'un rouge intense;

7° Le filtrat d'un liquide gastrique aspiré au bout de deux quarts d'heure, s'il est faiblement acide, n'a de pouvoir digestif qu'après addition d'acide chlorhydrique. Inversement, dans d'autres cas, le filtrat d'un liquide stomacal extrait dans le cinquième quart d'heure peut, s'il est considérablement acide, digérer complètement, en deux heures, des disques d'albumine, sans addition d'acide chlorhydrique;

8° L'examen microscopique peut montrer soit des corpuscules muqueux colorés avec la matière colorante biliaire, soit des ferments organisés, soit des cellules nucléées.

Digitized by Google

Lorsque, en outre, on a évalué la capacité vitale et la contractilité de l'estomac du malade d'après la méthode de Jaworsky, on a tous les éléments nécessaires peur se prononcer sur la nature organique ou simplement nerveuse des troubles digestifs constatés chez lui. J. B.

VI. — Avec Leube et contrairement à Ewald et à Rossbach, Leyden soutient que la dyspepsie nerveuse est une affection bien caractérisée, quoiqu'elle ne corresponde à aucune lésion anatomique appréciable.

Elle s'observe chez les individus nerveux, spécialement chez ceux qui ne travaillent que du cerveau; aussi est-ce surtout une affection des classes aisées.

La dyspepsie alterne avec d'autres symptômes nerveux, tels que céphalalgie, étourdissements et douleurs névralgiques.

Elle est guérie par les mêmes médications qui se montrent efficaces dans les autres affections nerveuses de nature fonctionnelle.

L'étiologie en est très variée. Elle se développe presque à tout âge et aussi bien chez les enfants surmenés par les travaux scolaires.

Les individus à estomac faible y sont prédisposés.

Le surmenage intellectuel, ou même corporel; les émotions vives ou dépressives, l'hystérie et les affections utérines : telles sont les causes variées de la dyspepsie nerveuse.

Dans le traitement de cette affection, les médicaments et les cures balnéaires ne doivent jouer qu'un rôle secondaire. Ce qu'il faut avant tout aux malades, c'est un changement avec un séjour dans les montagnes, l'éloignement des affaires, des soucis et des émotions, ou tout au moins un genre de vie régulier; aucun excès de travail, des distractions et du repos. J. B.

VII. — Les gastropathies paludéennes, déjà décrites par Leube, ont été observées par Rosenthal dans sept cas dont voici le plus intéressant :

Un médecin militaire, âgé de 30 ans, attaché au corps expéditionnaire de Bosnie, a séjourné avec les troupes dans la vallée de la Saxe. Six mois après son retour à Vienne, il souffre de cardialgies, d'abord irrégulières, puis quotidiennes et liées à une dyspepsie des plus sérieuses. Il maigrit et se cachectise. Un médecin consulté hésite entre l'ulcère simple et le cancer de l'estomac : il prescrit un traitement interne, puis une cure à Carlsbad. Pas de gonflement de la rate.

A Carlsbad, surviennent des accès fébriles journaliers, avec 40° dans l'aisselle et seulement 48 à 56 pulsations : on pense à une méningite. L'apparition d'une fièvre tierce éclaire enfin le diagnostic et le sulfate de quinine à haute dose (jusqu'à 4 grammes par jour) fait merveille ; après la guérison de la fièvre, les cardialgies diminuent, puis disparaissent.

On voit quelle était dans ce cas la difficulté du diagnostic : jusqu'au jour où les paroxysmes fébriles ont présenté des caractères décisifs, la médication utile a fait défaut.

Chez un autre militaire de l'expédition de Bosnie, l'auteur constatait de la dyspepsie intermittente et de légères pituites matinales. Au bout de neuf mois, apparut une névralgie intercostale gauche avec zona. La quinine à hautes doses apporta la guérison complète.

Le diagnostic serait facile si les cardialgies suivaient les accès fébriles; mais elles surviennent souvent chez des sujets atteints d'impaludisme larvé, et sans gonflement de la rate. Elles sont parfois très in-

Digitized by Google

tenses, s'accompagnent de vomissements et même d'hématémèses. Les accès cardialgiques sont quotidiens ou tierces, ou même appartiennent au type quarte.

L'auteur recommande ici le borate de quinine en injections sous-cutanées (0,30 à 0,50 dans une solution glycérine aqueuse ; on peut employer aussi l'arséniate et le salicylate de quinine). L. GALLIARD.

VIII. — L'existence des gastropathies syphilitiques est démontrée par des faits cliniques et par des faits anatomiques incontestables.

1° Dans les faits cliniques, sans autopsie, rentrent les observations de gastropathies traitées avec succès par le mercure et l'iodure.

2° Parmi les faits anatomiques, certains sont contestables ; les hypertrophies des parois de l'estomac, les ulcérations décrites par Virchow, Leudet, Lancereaux, Capozzi, Oser.

3° D'autres sont de vraies déterminations gastriques de la syphilis tertiaire; ce sont les gommes ulcérées ou non ulcérées décrites par Klebs (*Anat. pathol.* t. 1, p. 261), et par Cornil (*Soc. méd. des hôp.* 1874).

4° Les relations de la maladie de Cruveilhier avec la syphilis sont encore peu connues. Admises par Engel et par Lang, qui prétendent que l'ulcère de l'estomac est précédé par la syphilis 10 fois ou 20 fois sur 100, elles sont niées par la plupart des auteurs. L. Galliard est d'avis que, si l'ulcère simple doit conserver son indépendance vis-à-vis de la vérole, il existe cependant peut-être des lésions confondues à tort avec lui et que la syphilis aurait le droit de réclamer pour siennes. Il serait du plus haut intérêt thérapeutique de pouvoir diagnostiquer ces lésions. C'est un point important de pathogénie qui appelle des recherches au lit des malades et à l'amphithéâtre. RICHARDIÈRE.

IX. — Il existe un grand nombre de champignons qu'on rencontre dans toutes les parties du tube digestif. Le suc gastrique ne s'oppose généralement pas à leur passage dans les intestins à l'état vivant, surtout s'ils traversent l'estomac au début du repas. Pendant la digestion, au contraire, ils offrent peu de résistance et sont détruits par les acides.

La fermentation lactique peut persister dans l'estomac jusqu'à ce que le contenu de ce viscère ait atteint une acidité de 1,16 0/00 par le fait de la sécrétion de l'acide chlorhydrique ; si cette sécrétion est trop faible, la fermentation se prolonge. La fermentation est plus facilement arrêtée par l'acide salicylique que par l'acide chlorhydrique.

Un certain nombre de champignons déterminent dans les solutions hydrocarbonées la fermentation lactique ; d'après l'auteur, les autres acides tels que le butyrique, l'acétique, sont plus rares dans les fermentations que l'acide lactique.

Il y a cinq variétés de champignons de fermentation qui déterminent la production d'acide carbonique et d'hydrogène. L. GALLIARD.

I. — Dilatation de l'estomac et fièvre typhoïde, par P.-L. LEGENDRE (*Thèse de Paris*, 1886).

II. — Contribution à l'étude des ectasies gastriques, par Ch. MALIBRAN (*Thèse de Paris*, 1885).

III. — Beitrage zur Lehre von den Störungen der Saftsecretion des Magens

Digitized by Google

(Contribution à l'étude des troubles de sécrétion du suc gastrique), par F. RIEGEL (*Zeitschrift für klinische Medicin, Band XI, p.* 1-20).

IV. — Diagnostic und Therapie der Magenkrankheiten (Diagnostic et traitement des maladies de l'estomac), par RIEGEL (*Ibid., Band XI, p.* 167-217).

V. —Experimentell-klinische Untersuchungen ueber den Chemismus und Mechanismus der Verdaungsfunction des menschilichen Magens, etc. (Recherches expérimentales et cliniques sur les phénomènes chimiques et mécaniques de la digestion chez l'homme), par JAWORSKY et GLUZINSKY (*Ibidem, Band XI, p.* 50-99 *et* 270-294).

I. — Legendre commence par établir la très grande fréquence de la dilatation de l'estomac, qui chez les deux tiers des sujets ne donne lieu à aucun trouble fonctionnel, mais qui chez un grand nombre provoque non seulement la dyspepsie flatulente et ce que Chomel appelait la dyspepsie des liquides, mais se complique d'embarras gastrique et de phénomènes septiques indiquant la résorption de produits fermentés dans l'estomac. Dans cette première partie l'auteur se borne à développer les idées de Bouchard et décrit avec soin le clapotage stomacal, le signe physique le plus concluant de la dilatation.

Le point particulier que l'auteur cherche à mettre en relief est l'existence des nodosités phalangiennes dites de Bouchard. Voici en quoi consiste cette déformation. Elle siège au niveau de l'articulation de la phalange avec la phalangine, et a l'apparence d'un renflement qui augmente les dimensions transversales de l'article. C'est l'épiphyse de la phalangine qui est surtout renflée, et la déformation commence presque toujours par l'annulaire et l'auriculaire, pour gagner les autres doigts et finalement le pouce, dont l'articulation métacarpo-phalangienne se renfle à son tour. L'auteur, avec Bouchard, croit non seulement à une coïncidence, mais à une relation causale entre la dilatation gastrique et les nodosités, qui par suite constituent un bon signe diagnostique de la lésion de l'estomac.

Non seulement la dilatation gastrique, en créant des phénomènes d'auto-intoxication, engendre une foule de conséquences fâcheuses pour l'organisme, mais elle devient la porte d'entrée des maladies infectieuses dont les ferments pathogènes trouvent le terrain préparé pour leur germination. C'est ce que Legendre essaye de prouver pour la fièvre typhoïde, en montrant que presque tous les typhiques ont simultanément et antérieurement l'estomac dilaté. Il n'est pas jusqu'à la tuberculose à laquelle ne prédispose cet état de l'estomac. L'auteur publie, à l'appui de ces assertions, 21 observations de dilatation gastrique et de fièvre continue. Il insiste sur la fréquence de l'urticaire et des accidents cholériformes quand l'estomac dilaté est le siège de fermentations putrides.

Un chapitre intéressant est consacré à l'étude de la médication antiseptique intestinale. H. R.

II. — Malibran cherche à distinguer cliniquement la simple distension gastrique avec les dilatations réelles; normalement, l'estomac est en effet tantôt flasque, tantôt distendu par les liquides et les gaz, enfin rétracté. Un estomac pathologiquement dilaté peut offrir l'état flasque et échapper à l'examen. L'auteur a pratiqué des mensurations nombreuses d'estomac et est arrivé à des résultats absolument discordants. Chez les nour-

Digitized by Google

rissons et les jeunes enfants, cet état pathologique n'existe pas; Parrot n'en parle pas. Chez les adultes, l'estomac distendu bombe vers le thorax, tandis que l'estomac dilaté descend dans l'abdomen. Le signe physique par excellence pour constater ces états pathologiques est la percussion, qui révèle des bruits de gargouillement et de clapotement : le timbre dépend de la proportion relative des liquides et des gaz, et de la capacité et de la tension du réservoir. La distension se révèle surtout par une sonorité tympanique aiguë, costo-mamelonnaire, la dilatation par le tympanisme costo-pubien, et par la sensation tactile d'un clapotement étendu du même siège que le tympanisme hydroaérique; quand il s'y joint des contractions visibles de l'estomac hypertrophié, le doute n'est plus possible.

Les jeunes enfants ne sont pas sujets à la dilatation; mais ils n'ont que la distension gastrique passagère. Plus tard, cette distension fait place à de la dilatation vraie, qui reconnaît pour origine plusieurs mécanismes différents : *a*) insuffisance musculaire (par adynamie nerveuse ou par atrophie de la fibre; *b*) excès de pression intérieure, par surcharge gastrique ou obstacle intestinal.

Ces assertions sont dans une certaine mesure contradictoires de celles de Bouchard, et il eût été intéressant de voir si la loi formulée par Malibran, relativement à l'absence de dilatation gastrique chez les jeunes enfants, est vraie chez les rachitiques. H. R.

III. — La quantité de suc gastrique sécrété peut subir soit une diminution, soit une augmentation. Le premier de ces troubles fonctionnels a été souvent étudié; le second, au contraire, n'a jusqu'ici que très peu attiré l'attention; il n'est cependant pas extrêmement rare, et Riegel a pu en rapporter quatre observations personnelles.

Cette hypersécrétion peut se présenter soit à l'état aigu, soit à l'état chronique. La forme aiguë est quelquefois d'origine purement nerveuse; souvent elle se complique de troubles de fermentation entraînant la production d'acide lactique, d'acide butyrique; ces états complexes doivent être soigneusement séparés de l'hypersécrétion simple.

La forme chronique la plus importante offre des symptômes fonctionnels et des symptômes physiques. Les troubles fonctionnels sont déjà très caractéristiques. La digestion des féculents est très pénible, tandis que celle des matières albuminoïdes est facile; l'appétit reste bon, la soif est ordinairement extrêmement vive. Le malade se plaint de douleurs violentes, de renvois acides qui surviennent même à jeun. — Contrairement à ce qu'on pourrait croire, les aliments séjournent très longtemps dans l'estomac; c'est qu'en effet la durée de ce séjour dépend beaucoup plus de la paroi musculaire que de l'abondance plus ou moins grande du suc gastrique. Peut-être ici l'irritation produite par l'acidité agit-elle en entraînant une contracture du pylore. — Quoi qu'il en soit, ce long séjour détermine dans presque tous les cas une dilatation stomacale.

Les symptômes pathognomoniques de la maladie seront fournis par l'emploi de la sonde œsophagienne. Même à jeun, le matin par exemple, on retire des quantités de suc gastrique considérables pouvant atteindre de 300 à 500 centimètres cubes. Ce suc est très riche en pepsine et surtout en acide chlorhydrique. On pourrait objecter que cette sécrétion est peut-être due à l'irritation produite par la sonde, mais Riegel a soin de

Digitized by Google

n'employer que des sondes molles et de ne les laisser que très peu de temps.

L'étiologie de cette hypersécrétion est jusqu'ici inconnue. On la rencontre assez souvent chez des malades ayant antérieurement souffert d'ulcères de l'estomac.

Le traitement par les lavages et les alcalins détermine une amélioration rapide. Les matières féculentes seront soigneusement écartées du régime. Le moyen qui réussit le mieux contre la soif est l'administration de petites doses d'opium. M. DEBOVE.

IV. — Riegel a étudié les altérations du suc gastrique chez un certain nombre de malades atteints d'affections du tube digestif.

1° *Cancer de l'estomac.* — Le suc gastrique cesse très vite de contenir de l'acide libre et perd son pouvoir peptoniflant. Chez trois malades, Riegel a vu ces phénomènes se développer successivement sous ses yeux à mesure que la maladie progressait. Ce signe, à condition de ne se prononcer qu'après un certain nombre d'expériences, a une grande valeur diagnostique. L'analyse ne donne guère de résultats analogues que dans les états fébriles et la dégénérescence amyloïde de la muqueuse stomacale, affections qu'il est facile de séparer du cancer. Son absence a, aux yeux de Riegel, une haute valeur négative.

2° *Cancer du duodénum.* — Chez un malade atteint de cancer de la première portion du duodénum, le suc gastrique présentait les caractères chimiques indiqués plus haut.

3° *Reflux de la bile dans l'estomac.* — Riegel en a observé deux cas, l'un permanent, dû à des adhérences péritonéales et à des calculs biliaires; l'autre transitoire, dû à un étranglement interne. Le suc gastrique avait perdu son acidité et son pouvoir digestif.

4° *Rétrécissements de l'œsophage.* — L'introduction de la sonde est, dans les rétrécissements de l'œsophage, si difficile que Riegel n'a pu faire qu'un petit nombre d'analyses. Il semble que les rétrécissements cancéreux amènent les mêmes modifications de suc gastrique que le cancer de l'estomac, résultat qui ne se produit pas dans les rétrécissements simples.

5° *Ulcère de l'estomac.* — Le suc gastrique renferme beaucoup d'acide libre et possède souvent un grand pouvoir digestif.

6° *Dilatation de l'estomac.* — Riegel constata toujours la présence d'acide chlorhydrique libre en proportion parfois inférieure à la normale.

Les acides organiques n'étaient pas constants et disparaissaient souvent après qu'on avait vidé deux ou trois fois l'estomac par la sonde.

L'acide chlorhydrique ne manquait que chez un seul malade, mais la dilatation était chez lui consécutive à une gastrite toxique due à l'ingestion d'acide sulfurique.

7° *Dyspepsies.* — Dans les dyspepsies nerveuses le suc gastrique est normal; dans les dyspepsies tuberculeuses (dégénérescence amyloïde de la muqueuse), il offre la même composition que dans le cancer.

Riegel espère que ces recherches pourront servir de base à un emploi rationnel de l'acide chlorhydrique et de la pepsine dans les affections de l'estomac. M. DEBOVE.

V. — Jaworsky et Gluzinsky ont étudié, au moyen de la pompe stomacale, le suc gastrique, soit à jeun, soit pendant la digestion.

Digitized by Google

a) *Réaction.*— A jeun, la réaction était acide dans 17 cas, neutre dans 3, alcaline dans 4. Le degré d'acidité variait de 0, 2 à 49. Ce dernier chiffre ne fut atteint que par un suc gastrique dans lequel existaient des acides gras. Avec l'acide chlorhydrique seul le maximum ne fut que de 14,8. Le degré maximum d'alcalinité fut 4; jamais on ne rencontra d'alcalinité chez les sujets bien portants.

Pendant la digestion le suc gastrique examiné chez 28 malades se montra 24 fois acide et 4 fois alcalin. La réaction fut parfois l'opposé de ce qu'elle était à jeun.

Le degré d'acidité varie suivant la période de la digestion. Ordinairement il augmente lentement à partir de l'ingestion des matières albuminoïdes. Il atteint son maximum au bout d'un temps très variable. Puis la décroissance se fait avec plus de rapidité que n'a eu lieu l'augmentation. Plus la digestion est difficile et plus le maximum est lent à attendre, plus aussi il persiste longtemps. Sauf les cas de fermentation, l'acide trouvé était exclusivement de l'acide chlorhydrique.

b) *Quantité à jeun.* La quantité de suc gastrique à jeun est ordinairement presque nulle. Elle a atteint 100 centimètres cubes dans des cas où l'acidité était très grande. La quantité d'eau nécessaire pour laver entièrement l'estomac est variable; elle est d'autant plus grande que la quantité primitive de suc gastrique est plus considérable.

c) *Pouvoir digestif.* Les expériences faites *in vitro* sur du blanc de poulet ont montré que le pouvoir digestif atteignait son maximum quand l'acidité était considérable. Il suffisait toujours d'ajouter de l'acide chlorhydrique à des sucs inactifs pour obtenir la digestion, car on trouve de la pepsine même dans les sucs alcalins.

Dans l'estomac, la durée du séjour des fragments de blanc d'œuf se montra liée partie à des conditions chimiques, partie à des conditions mécaniques. Si l'acidité est très prononcée, les fragments ont leurs bords rongés; il semble que le passage dans l'intestin a lieu au moment où l'acidité arrive à son maximum. Si l'acidité est faible, leurs bords restent mousses et leur séjour est beaucoup plus long. Mais parfois, dans les sucs même les plus acides, il arrive que deux ou trois fragments échappent à l'action digestive, et qu'on les retrouve intacts, même au bout de plusieurs heures.

d) *Pepsine.* La pepsine est en quantité plus considérable pendant la digestion qu'à jeun. Elle augmente en même temps qu'augmente l'acidité; mais cette augmentation continue après que l'acidité a déjà commencé à diminuer. Le maximum de pepsine se rencontre donc après le maximum d'acide.

e) *Peptones.* Sous forme de propeptones (syntonine), les peptones apparaissent dans les premiers quarts d'heure de la digestion. A mesure que le degré d'acidité augmente, ils sont remplacés par des peptones. Ceux-ci se rencontrent exclusivement à la fin de la digestion, mais ils sont alors en quantité moins forte qu'au moment du maximum d'acidité. — Les peptones se forment même dans des sucs gastriques d'acidité très faible.

Les troubles de la digestion sont tantôt *mécaniques*, portant sur la rapidité avec laquelle se vide l'estomac, tantôt *chimiques*. Les troubles chimiques ont trait bien plutôt à l'acide qu'à la pepsine. Celle-ci a été

Digitized by Google

retrouvée chez tous les sujets examinés. Mais l'acide peut manquer ou se trouver en quantité trop considérable. La digestion devient très lente dans le premier cas; dans le second, les peptones se trouvent accumulés en quantité exagérée dans l'estomac; ils peuvent s'y trouver encore même à jeun, fait qui n'a jamais lieu à l'état normal.

En clinique, ce sont les troubles mécaniques qui semblent jouer le principal rôle; pour Jaworsky et Gluzinsky, l'estomac agit moins par action chimique que comme réservoir des aliments; les modifications du suc gastrique sont le plus souvent consécutives à une « insuffisance mécanique ». Si difficile qu'il soit de donner des limites en pareille matière, les auteurs croient qu'on doit admettre cette insuffisance quand des morceaux de blanc d'œuf restent plus de six quarts d'heure dans l'estomac. Elle peut d'ailleurs se trouver associée à des modifications du suc gastrique comme quantité — comme réaction — comme abondance de mucus ou de pepsine qu'il faut rechercher pour compléter le diagnostic. (Voy. plus haut, page 509.) M. DEBOVE.

Sur la cirrhose pigmentaire dans le diabète sucré, par V. HANOT et SCHACHMANN (*Arch. de Phys.*, 1er *janvier* 1886).

Hanot et Chauffard ont établi en 1881 l'existence d'une *cirrhose pigmentaire* chez certains diabétiques atteints de mélanodermie.

Les observations récentes de Letulle, Hanot et Schachmann montrent que la pigmentation peut rester exclusivement limitée au foie, et que par suite la mélanodermie peut manquer. Chez les diabétiques atteints de cirrhose pigmentaire, ce fait, joint à cet autre fait que dans les cas où la pigmentation est générale elle est plus accentuée dans le foie que dans les autres viscères, démontre que la formation du pigment se fait avec le maximum d'activité dans le foie, et qu'une partie de l'énorme quantité de pigment qui s'y crée concourt pour une large part et par voie d'embolie à la pigmentation des autres parties du corps.

La cirrhose diabétique est avant tout une cirrhose périsushépatique; elle paraît résulter de l'action irritative du sucre contenu dans les veines efférentes du foie, sur les parois de ces veines et sur le tissu conjonctif du voisinage. Elle doit être opposée à la cirrhose alcoolique, qui est essentiellement une cirrhose périportale. A. GILBERT.

I. — **Traité du diabète, par FRERICHS, Traduction de LUBANSKI** (*Paris*, 1885).

II. — **Du diabète sucré chez la femme, par LECORCHÉ** (*In-8° Paris*, 1886).

III. — **The clinical aspect of glycosuria, par F.-W. PAVY** (*Brit. med. journ. p.* 1849, *déc.* 1885).

IV. — **On glycosuria, par W.-R. THOMAS** (*Brit. med. journ., p.* 1049, *décembre* 1885).

V. — **Acute febrile glycosuria, par MARKHAM SKERRIT** (*Brit. med. journ. p.* 1562, *déc.* 1885).

VI. — **Hémiplégie diabétique, par R. LÉPINE et L. BLANC** (*Revue de médecine, fév.* 1880).

VII. — **Geheilter Fall von abducens Lähmung mit Diabetes (Paralysie du nerf**

Digitized by Google

abducteur chez un diabétique, guérison), par LANDSBERG (*Arch. f. Psychiatrie u. Nervenk. XV, Heft* 2, *p.* 601).

VIII. — A case of diabetes mellitus, par STRAHAM (*The Dublin journ. of med. sc., p.* 299, *avril* 1886).

I. — Le livre de Frerichs n'est pas à proprement parler un traité du diabète, c'est plutôt la réunion, le commentaire succinct des très nombreux documents amassés pendant une longue carrière médicale, et par conséquent œuvre d'expérience personnelle, plus que d'érudition; des faits en abondance, peu de théories.

Prenons, par exemple, la question du coma diabétique. Frerichs nous montre que le tableau clinique n'est pas aussi simple, aussi uniforme, qu'on l'admet généralement, et divise ses observations en trois groupes. Le premier comprend les diabétiques qui brusquement, presque toujours après des fatigues, ont ressenti une faiblesse extrême, avec refroidissement des extrémités, pouls petit et ondulant, somnolence, perte de connaissance, et ont succombé en quelques heures. Les uns étaient déjà amaigris et cachectiques, d'autres avaient conservé de l'embonpoint et les apparences de la santé.

Dans le second groupe, les accidents sont plus variés, et se compliquent de troubles digestifs et dyspnéiques, d'hypothermie, d'odeur acétonémique de l'haleine, le tout pouvant se prolonger pendant 3 à 5 jours, et même plus longtemps. Le troisième groupe comprend des cas où il n'y a ni dyspnée ni angoisse, où la tension artérielle ne diminue pas; au milieu d'un état général assez satisfaisant, les malades sont pris de céphalalgie, d'une sensation d'ébriété avec démarche chancelante, d'assoupissement, puis de coma progressivement mortel; odeur caractéristique de l'haleine et coloration rouge de l'urine par le perchlorure de fer.

Quant au mécanisme de ces accidents si variés, Frerichs n'admet ni la lipémie avec embolies graisseuses, ni l'intoxication acétonique, ni la rétention des matières excrémentitielles de l'urine. Il ne reste donc à incriminer pour le premier groupe de faits que la paralysie du cœur par dégénérescence atrophique du myocarde; pour les deux derniers, qu'une intoxication mal déterminée provoquée par des processus zymotiques complexes.

Un des autres chapitres les plus instructifs est consacré à l'histoire anatomo-pathologique du diabète. Frerichs considère l'infiltration glycogénique des anses de Henle comme constante et caractéristique; de très belles planches la figurent, et montrent en outre la teneur très variable en glycogène des cellules hépatiques extraites pendant la vie par la ponction du foie, dans une série d'expériences faites en commun avec Ehrlich.

Signalons encore de très belles observations de lésions bulboprotubérantielles dans le diabète, et, au point de vue étiologique, l'influence pathogénique considérable que Frerichs reconnaît aux altérations matérielles ou fonctionnelles du système nerveux.

II. — Le livre de Lecorché a pour base une série de 114 observations personnelles inédites, et, de cette riche collection de faits, l'auteur a tiré plus que ne promettait le titre de son ouvrage, en étudiant non seulement le diabète chez la femme, mais bien des points aussi de l'histoire générale de la maladie.

Digitized by Google

Faute de pouvoir analyser en détail tout l'ouvrage, voici l'opinion de l'auteur sur quelques points d'importance capitale.

L'azoturie diabétique est due : tantôt à une hypernutrition, par transformation exagérée des substances albuminoïdes absorbées ; elle est alors précoce, prononcée surtout dans l'urine de la nuit, et baisse notablement lorsqu'on diminue les matières azotées ingérées ; tantôt elle se produit plus tardivement par dénutrition et autophagie.

Dans tous les cas, qu'il y ait ou non azoturie, pas d'embonpoint qui résiste au diabète, l'amaigrissement est fatal. On peut observer le diabète chez les sujets gras, mais non le diabète gras.

Le diabète a une influence manifeste sur les fonctions utérines, et rend les règles irrégulières, douloureuses, ou supprimées, plutôt peut-être en provoquant des lésions de l'utérus, que par la dyscrasie elle-même. La conception est possible, l'accouchement et les suites de couches se font sans complications, mais souvent les nouveau-nés sont frêles, délicats ou hydrocéphales.

Souvent le sucre disparaît momentanément de l'urine dans les jours qui suivent l'accouchement ; mais au bout de quelques semaines, la glycosurie revient plus intense.

En matière de comas diabétiques, Lecorché distingue le coma diabétique simple, ou collapsus diabétique, du coma par intoxication acétonémique ; les formes cliniques et les réactions urinaires diffèrent dans ces deux variétés.

Au point de vue étiologique, sur 114 cas, l'auteur relève 19 faits de diabète goutteux, soit $\frac{1}{6}$.

Le plus souvent, le diabète de la femme est subaigu ou chronique, et mérite, par sa date d'apparition, le nom de diabète de la ménopause.

Reste à signaler un chapitre très judicieux sur les règles de l'intervention chirurgicale chez les diabétiques, et surtout une étude critique, détaillée des diverses méthodes de traitement. L'auteur préconise surtout la diète rationnelle non exclusive, et l'emploi des alcalins, des opiacés, des arsenicaux. A. CHAUFFARD.

III. — Leçon très personnelle et fort intéressante, où sont mises en relief les principales causes du diabète et ses parentés pathologiques.

Age. Sur 1,360 cas recueillis en ville et à l'hôpital, l'auteur donne le tableau suivant du début du diabète.

	Hommes.	Femmes.
Au-dessous de 10 ans.	3	5
De 10 à 20.	35	22
De 20 à 30.	69	28
De 30 à 40.	154	70
De 40 à 50.	260	79
De 50 à 60.	281	187
De 60 à 70.	138	44
De 70 à 80.	25	9
Au-dessus de 80	1	0

Les affinités pathologiques relevées par Pavy sont les suivantes :

Digitized by Google

Les relations avec la paralysie agitante et avec les autres névroses (épilepsie, etc.) sont fréquentes. Les troubles du système nerveux précèdent, accompagnent et suivent la glycosurie (l'auteur insiste notamment sur les douleurs intolérables des jambes, qui souvent éclatent comme des élancements fulgurants avec une excessive hyperesthésie cutanée); la coexistence de l'ataxie, du goitre exophtalmique est commune. Enfin le coma est une des terminaisons usuelles du diabète, non par intoxication humorale, comme on l'enseigne depuis Kussmaul, mais par épuisement nerveux des centres cérébraux.

L'auteur signale enfin les alternatives d'albuminurie et de glycosurie qui militent en faveur de la théorie bulbaire du diabète. H. R.

IV. — Thomas admet, en pratique, trois ordres de glycosurie : 1° les glycosuries temporaires ou définitives associées à des maladies générales, telles que, épilepsie, maladie de Bright, etc.; 2° le diabète hépatique; 3° le diabète cérébral.

Le diabète hépatique est celui des goutteux florides. Ce sont presque toujours des gens robustes et obèses, qui ont trop vécu de toutes façons. Le foie chez eux est gros, congestionné, et les intestins fonctionnent mal. Pour ce genre de malades, le régime, les alcalins, la suppression d'aliments sucrés ou trop azotés est de première importance ; l'opium agit médiocrement.

Le diabète nerveux atteint de préférence les gens des villes, surmenés par des travaux intellectuels ou des préoccupations psychiques, habituellement dyspeptiques, ayant souvent souffert d'oxalurie et de phosphaturie. Ici, le traitement doit consister, avant tout, dans le repos d'esprit et le séjour à la campagne : le bromure de potassium, le soir, est souvent très utile, ainsi que l'opium : l'arsenic, à titre de médication tonique, rend aussi de grands services. H. R.

V. — Homme de 36 ans, malade seulement depuis huit jours. Début brusque par une douleur au bas des reins : depuis lors, faiblesse extrême et sueurs profuses chaque nuit, perte d'appétit, soif vive et polyurie. Jamais le malade n'avait éprouvé auparavant de pareils symptômes. Il existe une langue sale, un état fébrile très accentué (39°,5; pouls à 120). Les urines sont foncées, renfermant beaucoup de sucre; tous les organes sont sains.

Traitement par un régime sévère antidiabétique et de l'opium. Peu de résultats : l'auteur prescrit alors le salicylate de soude, qui amène un abaissement notable de la température et une disparition très rapide de la glycosurie; 15 jours après, il n'existe plus de traces de sucre.

L'auteur passe en revue les diverses circonstances où la glycosurie s'associe avec l'état fébrile, et montre que le fait actuel dans lequel la glycosurie était un des phénomènes de la fièvre est tout à fait exceptionnel. H. R.

VI. — Cette observation est celle d'un diabétique chez lequel on vit apparaître une hémiplégie droite progressive, qui, au bout de quinze jours, était complète, des crises épileptiformes, de l'aphonie et de graves troubles intellectuels consistant en un abaissement très notable de l'intelligence. Sous l'influence d'un régime approprié, les troubles cérébraux disparurent à peu près complètement, mais bientôt après le malade mourut phtisique. A l'autopsie, intégrité des hémisphères cérébraux à l'œil nu; mais au microscope on constate la disparition à peu près complète des cellules pyramidales au niveau des circonvolutions pariétales ascendantes à gauche. Les éléments cellulaires de la névroglie elle-même paraissent moins nombreux qu'à droite; ils

Digitized by Google

ont perdu leur aspect grenu et paraissent pour la plus grande part constitués par des trabécules circonscrivant des tracés irréguliers. C. GIRAUDEAU.

VII. — L'auteur rapporte sommairement sa propre observation, dont voici les traits intéressants : d'abord faiblesse musculaire dans les membres inférieurs, puis paralysie complète du nerf oculo-moteur interne de l'œil droit, avec diplopie. La paralysie paraissait avoir été occasionnée par un refroidissement. Traitement par l'iodure de potassium pendant 3 jours sans résultats appréciables. Dans l'intervalle, l'examen des urines démontre la présence d'une proportion de sucre de 2 1/2 0/0. Cure à Carlsbad; régime carné. Au bout de 6 semaines, guérison complète de la paralysie et de la glycosurie ; la guérison s'est maintenue. L'auteur insiste sur ce que, dans le cours de sa maladie, il s'est aperçu d'une azoturie très prononcée, circonstance qu'il met en rapport avec l'existence de son diabète transitoire. E. RICKLIN.

VIII. — Femme de 70 ans, obèse, pesant 280 livres : le diabète a été constaté en 1882.

Le 1er août 1885, elle sent ses jambes fléchir brusquement sans aucune douleur et sans étourdissement. Le soir, elle a une paraplégie complète, motrice et sensitive, avec abolition des réflexes, refroidissement des jambes. Le lendemain matin, paralysie de la vessie, pas de paralysie des membres supérieurs, mais tendance à la syncope. Urines rares, très riches en sucre.

En quatre jours, la paralysie envahit successivement les bras, le cou ; bientôt la déglutition devient difficile : le 5e jour, la malade devient comateuse et dyspnéique ; elle meurt subitement de syncope, au milieu d'un état ressemblant absolument au coma diabétique.

L'auteur insiste sur cette paralysie, ascendante qu'il ne regarde pas comme l'expression d'une myélite intercurrente, mais d'une altération glycémique de la moelle, comparable aux faits d'hémiplégie diabétique. H. R.

Zur Frage der Glykosurie (De l'étiologie de la glycosurie), par KRATSCHMER (*Centralblat für die medicinischen Wissenschaften, n° 15, 10 avril 1886*).

L'auteur a remarqué depuis longtemps que l'urine des personnes qui absorbent de grandes quantités de bière contient du sucre.

Il a fait, à ce sujet, quelques expériences, en faisant absorber de grandes quantités de bière à plusieurs personnes. Le résultat fut variable. Chez les unes, on vit apparaître rapidement le sucre dans l'urine; chez d'autres, au contraire, cette énorme ingurgitation de liquide n'eût aucun résultat.

L'auteur pense que ce diabète passager expérimental est dû à la grande quantité de sucre, de dextrine et d'alcool que contient la bière.

Il espère reprendre ses recherches sur ce point intéressant de l'étiologie du diabète. A. LESAGE.

I. — Studii di clinica medica (Études sur la malaria), par SALOMONE MARINO (*Palerme*, 1885).

II. — De la splénalgie dans les fièvres intermittentes, et de sa valeur diagnostique dans les fièvres pernicieuses, par FABRE (*Soc. des sc. méd. de Gannat*, 1885).

I. — Le travail de l'auteur est basé sur 608 observations recueillies dans la province de Palerme, une des provinces de la Sicile où la malaria sévit le moins fréquemment, mais aussi une de celles où elle revêt les formes les plus graves.

Digitized by Google

Dans quelques villages de la province de Palerme, l'infection palustre est si fréquente qu'elle forme, à Balestrate, par exemple, 40 0/0 des maladies observées.

La proportion varie, d'ailleurs, suivant les mois : en août, septembre, octobre, elle est de 65 0/0; en avril et mai, de 13 0/0. Les autres mois, elle n'est plus que de 1.66 0/0.

Les pluies qui tombent en Sicile dans la seconde moitié du mois d'août et qui sont suivies de fortes chaleurs déterminent l'explosion de nombreux accidents palustres. Ce fait confirme la remarque de Th. Crudelli, qui a observé que le développement des spores du bacille de la malaria exigeait une température de 20° et l'exposition à l'oxygène de l'air, ce bacille étant le plus aérobie de tous ceux connus jusqu'à ce jour.

L'avortement ou l'accouchement avant terme d'un fœtus mort sont fréquents. Il semble probable que l'infection du nourrisson peut se faire par le lait de la nourrice si elle est atteinte.

L'auteur cite son observation personnelle comme un exemple de la rapidité extrême de l'incubation dans certaines circonstances.

L'auteur, jusque-là d'une excellente santé, traversa, à l'âge de 21 ans, le fleuve Joto, sur les bords duquel du lin macérait. Le voyage avait lieu la nuit, dans les premiers jours de septembre. Pendant les 15 ou 20 minutes qu'il employa à traverser la vallée, il ressentit un mal de tête qui persista la journée suivante, s'accompagnant de malaise et de perte de l'appétit. Le lendemain, il fut réveillé par un frisson intense, suivi d'un accès de fièvre intermittente. La fièvre à type quotidien dura 5 ou 6 jours et céda à l'administration de la quinine.

L'auteur admet que le poison s'introduit dans le sang par les voies respiratoires et aussi par l'estomac et l'intestin. Les accidents qu'il a observés sur ses 608 malades peuvent être répartis de la manière suivante :

25 avaient une simple grosseur de la rate ; 38, une hypertrophie de la rate et du foie ; 114, une hypertrophie de ces deux viscères et les symptômes variés relevant de la cachexie palustre.

Les 431 autres étaient attaqués de fièvre à type varié.

Les fièvres larvées se manifestent sous la forme de névralgies du trijumeau, d'urticaire, d'hématurie avec diarrhée, de sciatique, de catarrhe bronchique et d'œdème pulmonaire.

Parmi les pernicieuses, la fièvre comateuse domine (12 cas) ; après vient la pneumonique (4), la cholérique, l'hémiplégique, la maniaque, l'algide, la bilieuse hématurique (toutes 1).

Obs. de *pernicieuse hémiplégique*. — Campagnarde de 20 ans, eut à Bielavilla une attaque de fièvre tierce qui fut arrêtée par la quinine après 4 ou 5 accès. 6 mois environ après, elle eut à la suite d'un jour ou deux de malaise une fièvre intense avec céphalalgie et soif ardente.

Le lendemain, quand Marino la vit pour la première fois, elle avait une hémiplégie complète des membres, à peine appréciable à la face. La fièvre était de 40°,6. Le pouls et la respiration étaient lents. La malade était somnolente et poussait quelques cris inarticulés. La rate était tendue et douloureuse. La malade comprenait bien ce qu'on lui disait.

Les injections de quinine et la quinine à l'intérieur amenèrent des sueurs profuses et un abaissement de la température.

L'hémiplégie diminua et disparut presque complètement au bout de 10 jours. L'aphasie, bien que très améliorée, persista encore trois semaines. Après ce

Digitized by Google

guérison, la malade assura qu'elle n'avait pas perdu un seul instant connaissance. Elle aurait voulu parler, agir ; mais tout cela lui était impossible.

Dans un cas de fièvre pernicieuse algide, la température tomba à 35°,5 à 1 heure de l'après-midi, à 35°,1 à 2 heures, à 34°,8 à 3 heures, moment de la mort.

Parmi les autres manifestations de la malaria pouvant se rattacher à une altération de système nerveux central, il faut citer encore l'urticaire, l'herpès, la diarrhée, la toux, la colique, l'albuminurie, la polyurie. L'urticaire a accompagné 57 fois les accès fébriles ; 37 fois, elle les a précédé de quelques heures. Elle se montre rarement à un premier accès. Elle affecte surtout les peaux fines, et par suite plus particulièrement les femmes.

L'herpès semble un phénomène favorable. On le rencontre 80 fois sur 100, au dernier ou à l'avant-dernier paroxysme.

L'infection palustre a déterminé 8 cas de néphrite chronique diffuse, 3 de dégénérescence amyloïde des viscères abdominaux, 2 d'endocardite. La phtisie fait encore partie des suites de la malaria, et cela sous ses deux formes, tuberculose miliaire et tuberculose ulcéreuse (22 fois).

L'indication thérapeutique est d'administrer la quinine aussi promptement que possible à dose suffisante, et le temps nécessaire pour que les germes de la malaria puissent être éliminés de l'organisme.

H. RICHARDIÈRE.

II. — Les conclusions de l'auteur reposent sur 8 observations personnelles :

1° La douleur à la pression de la région splénique est un signe précieux dans le cas de fièvre pernicieuse, dans les formes anormales ou à type irrégulier. Elle peut aussi servir à reconnaître les fièvres larvées.

2° La splénalgie provoquée est loin d'être observée dans tous les cas de fièvre intermittente.

3° La douleur spontanée est bien plus rare que la douleur provoquée.

4° Elle semble être plus marquée au commencement de l'accès.

5° La rate peut être douloureuse à la pression dans les cas de cachexie paludéenne, avec hypertrophie persistante, mais ce fait est bien plus exceptionnel que dans les cas d'accès. H. L.

Entstehung und Wesen der Malariaerkrankungen (**Causes et nature de la malaria**), **par LEONHARDT** (*Zeit. für klinische Medicin, Band X, p.* 325-362 *et p.* 497-521).

1° L'auteur passe d'abord en revue les principales causes atmosphériques ou telluriques qui jouent un rôle dans la production de la malaria. Il faut surtout citer dans cette portion du travail une observation qui montre que les micro-organismes de la malaria peuvent parfois être transportés par le vent à de grandes distances, deux milles marins dans le cas en question.

Au point de vue des causes prédisposantes, Leonhardt montre que la malaria se voit à tous les âges. Il l'a observée chez un enfant de six semaines et chez un vieillard de 73 ans. Le sexe masculin ne prédispose qu'indirectement ; dans l'enfance, où les différences de travail n'exercent

Digitized by Google

pas encore l'influence qu'elles auront plus tard, il semble que les filles soient plus souvent atteintes que les garçons.

2° L'heure d'apparition des accès semble surtout répondre à l'intensité des troubles statiques que les changements diurnes et nocturnes de température entraînent dans l'atmosphère. Les accès sont toujours en moins grand nombre vers midi et pendant la nuit. Dans les mois les plus chauds, ils viennent surtout le matin, et l'après-midi dans les mois les plus froids.

Les types quotidiens ou quartes sont deux fois plus fréquents l'après-midi que le matin; l'inverse s'observe pour les types tierces. A côté des différences tenant à la température journalière, on trouve donc pour l'heure d'apparition des différences liées à l'élément morbide lui-même.

Relativement aux saisons, les types tierces sont un peu plus fréquents en hiver; les types quartes au contraire se voient sept fois moins à cette saison qu'en été.

3° L'étude des formes franches de la malaria montre que les troubles qu'elle entraîne sont de deux ordres : les uns liés à l'altération du système nerveux central, les autres aux altérations du sang. Comme exemple des premiers, on peut citer les troubles thermiques, les névralgies, les douleurs des membres, et comme exemple des seconds le gonflement de la rate.

Dans le cas d'intoxication très intense, il peut arriver que les troubles nerveux prédominent tellement que les modifications sanguines n'ont pas le temps de se produire. On sait qu'il est des formes extrêmement graves de malaria où manque le gonflement de la rate.

Dans les formes larvées et compliquées, on retrouve encore ces deux éléments, mais Leonhardt croit que le rôle principal appartient au premier, et que la malaria doit être avant tout regardée comme une affection du système nerveux, cérébral, médullaire ou sympathique. M. DEBOVE.

I. — Zur Ætiologie des Abdominal-Typhus, par H. REHNER (*Arch. f. exper. Path. XIX, p.* 420, 1885).

II. — De la contagion de la fièvre typhoïde, par DEBOVE (*Soc. méd. des hôpitaux*, 24 *mars* 1886).

III. — Note sur la contagion de la fièvre typhoïde, par GÉRIN ROZE (*Ibidem*, 7 *avril* 1886).

IV. — Ueber eine von typhösen Darmgeschwüren ausgehende secundäre Infection (Infection secondaire provenant d'altérations intestinales typhoïdes, par SENGER (*Deutsche med. Woch., p.* 56, 1886).

V. — Contribution à l'histoire de l'artérite typhoïdique, par LANDOUZY et A. SIREDEY (*Revue de médecine*, 10 *octobre* 1885).

VI. — Bronchopneumonie chez une typhique : pleurésie interlobaire suppurée consécutive; empyème, guérison. Présence du bacille d'Eberth dans le pus pleural, par H. RENDU (*France médicale*, 24 *décembre* 1885).

VII. — Ueber haemorrhagische Diathese Typhöser (L'Hémophilie dans la fièvre typhoïde), par GERHARDT (*Zeitsch. f. klin. Medicin, Band X, Heft* 3, *p.* 201).

VIII. — Sur la pathogénie de certaines hémorragies de la fièvre typhoïde, par F. RAYMOND (*Revue de médecine, novembre* 1885).

Digitized by Google

IX. — Considérations sur la forme cardiaque de la fièvre typhoïde et son traitement par les injections d'ergotine, par DEMANGE (*Revue de médecine, décembre* 1885).

X. — Contribution à l'étude des paralysies qui surviennent dans le cours de la fièvre typhoïde, par RONDOT (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux, novembre* 1885).

XI. — Ueber diagnostische Verwerthung der Milzpunction bei Typhus abdominalis (Ponction de la rate utilisée pour le diagnostic de la fièvre typhoïde), par PHILIPOWICZ (*Wien. mediz. Blätter, n*os 6-7, 1886).

I. — Dans le courant des neuf derniers mois de l'année 1884, Rehner a fait des recherches sur neuf cadavres de sujets morts de la fièvre typhoïde, dans le but de contrôler les résultats annoncés par Gaffky, concernant le bacille, germe de la fièvre typhoïde. Les examens microscopiques ont été le plus souvent limités à des préparations provenant du foie et de la rate. Ces recherches ont corroboré en gros les résultats de Gaffky. Les ensemencements faits avec des produits morbides recueillis sur les cadavres de sujets morts d'autres maladies (pneumonie, diphtérie, rougeole, etc.) n'ont jamais abouti à mettre en évidence un bacille semblable à celui qui a été décrit par Gaffky. R... fait seulement remarquer que, pour arriver sûrement à des résultats positifs, il faut faire les ensemencements avec des matières cadavériques recueillies quelque temps après la mort, mais bien entendu avant que le cadavre soit envahi par la putréfaction.

L'auteur examine ensuite la question de savoir par quelles voies les bacilles de la fièvre typhoïde pénètrent dans l'organisme humain. Il est à peu près unanimement admis aujourd'hui que le contage de la maladie a pour véhicule les matières fécales. De deux observations très intéressantes rapportées par l'auteur, celui-ci se croit autorisé à conclure que le contage typhique est encore contenu dans les déjections des sujets convalescents de la fièvre typhoïde, à une époque où la période d'apyrexie dure depuis une semaine ou deux. Donc, à cette période de la convalescence, il existe encore des bacilles typhiques dans l'intestin, et on peut s'expliquer ainsi le développement des récidives par une sorte d'auto-infection. Les écarts de régime n'auraient d'influence sur les récidives, qu'autant qu'ils favorisent l'effraction d'ulcérations intestinales en voie de se cicatriser, et les récidives seraient plus fréquentes à la suite des cas bénins et de moyenne gravité, parce que dans les mêmes circonstances les écarts de régime sont plus fréquents.

Enfin l'auteur mentionne l'observation d'une femme qui entra à l'hôpital de Kiel avec les symptômes de la fièvre typhoïde et qui était enceinte de six mois; elle avorta au 19e jour de sa fièvre typhoïde. Le fœtus ne vivait plus au moment de son expulsion; la mort paraissait être de date récente. On fit des ensemencements avec du suc extrait du foie et de la rate de ce fœtus et on réussit à obtenir des cultures pures du bacille isolé par Gaffky. Et cependant on n'avait point constaté à l'autopsie du fœtus en question les lésions macroscopiques de la dothiénentérie; sans doute, ajoute l'auteur, parce que l'infection s'était opérée directement par le sang, au lieu de se faire, comme dans les circonstances communes, par les voies respiratoires et digestives. E. RICKLIN.

Digitized by Google

II. — Debove a observé une épidémie locale portant sur une famille de provinciaux venus à Paris, le 15 novembre 1885; le 20 novembre, la fièvre était caractérisée chez un enfant de 10 ans; le 28, chez un de 14 ans; le 29, chez un de 8 ans; le 7 décembre, chez un enfant de 11 ans; enfin le 29, chez un enfant de 12 ans; le sixième enfant, âgé de 2 ans, et les parents restèrent indemnes. Cette famille arrivait d'une ville du Midi où il y avait un certain nombre de fièvres typhoïdes. Debove admet que si les trois premiers enfants ont pu contracter leur fièvre dans le Midi, les deux autres ont été infectés à Paris, et, étant données les conditions locales de la maison, les précautions de désinfection prises dès le début, la séparation des enfants sains du premier malade, il admet, non la formation d'un foyer d'infection, mais la contagion directe chez des individus non acclimatés, ce qui contredit la théorie de Liebermeister sur la contagion indirecte. H. L.

III. — A l'encontre de Joffroy, qui n'a pas vu un seul cas de contagion à l'hôpital sur 310 typhoïdiques, Gérin Roze en a observé 15 sur 382 malades, soit 2 à Tenon et à Bichat sur 204 cas; 13 à Lariboisière sur 178 cas. Cette dernière proportion s'explique par les conditions insalubres de ce dernier hôpital : entassement de malades dans des salles trop petites, insuffisance du renouvellement du matériel, dispositions mauvaises des latrines et des cuisines. Sur 15 cas de contagion, 7 portent sur des infirmiers, dont 1 a succombé. H. L.

IV. — Une femme de 28 ans, atteinte de fièvre typhoïde, parvient à la défervescence, puis est reprise de fièvre avec tous les signes d'une rechute et meurt au bout de quelques jours. A l'autopsie, ulcérations typhoïdes du rectum, du colon et de l'iléon, gonflement de la rate et des ganglions mésentériques, œdème pulmonaire, tuméfaction du foie et des reins. De plus, endocardite verruqueuse de la valvule mitrale. Quelle est la nature de cette endocardite?

L'auteur cherche en vain sur des préparations de l'intestin, des ganglions, du cœur, les bacilles de la fièvre typhoïde; il y trouve des streptococci arrondis, soit en chapelets, soit en rangées contournées. Ces streptococci sont remarquables, surtout dans la petite escarre verruqueuse de la mitrale et au milieu des éléments inflammatoires des tissus sous-jacents. Ce sont des organismes tout à fait distincts de ceux de la dothiénentérie.

L'auteur s'appuie sur les travaux de Rosenbach pour affirmer que l'endocardite est le résultat de l'apport du streptococcus. Celui-ci a été vu dans les ganglions mésentériques : c'est donc par les lymphatiques qu'a passé, en venant de l'intestin, l'agent de l'infection secondaire.

L. GALLIARD.

V. — Dans ce mémoire, basé sur l'observation d'un malade atteint de récidive de fièvre typhoïde deux ans après une première atteinte, et qui mourut subitement vers la fin du second septénaire sans avoir jamais présenté de signes stéthoscopiques cardiaques, mais seulement des intermittences du pouls, Landouzy et Siredey apportent un appoint nouveau à la théorie proposée par G. Hayem, à savoir : la mort subite par le cœur dans le cours de la fièvre typhoïde. Dans le cas qu'ils ont étudié, en effet, il existait des lésions myocarditiques évidentes, lésions dégénératives et endartérites oblitérantes. Mais ce qui fait en grande partie l'intérêt de cette observation, c'est qu'à côté de lésions récentes attribuables à la seconde atteinte typhoïdique, il en existait d'anciennes qui ne pouvaient être rat-

Digitized by Google

tachées qu'à la première fièvre typhoïde remontant à deux ans, le malade n'ayant jamais fait aucune autre maladie. Cet homme était donc un cardiaque, de par le fait de la localisation dothiénentérique sur le cœur; s'il avait vécu, on aurait oublié sans doute la cause première de son affection du myocarde; on l'aurait rangé dans la catégorie des individus souffrant d'une maladie du cœur, sans s'occuper de l'origine de celle-ci, et plus tard, lorsqu'il aurait succombé, la statistique aurait enregistré un décès de plus par le cœur, sans tenir compte de la notion étiologique. C'est de celle-ci que les auteurs voudraient qu'on fît plus de cas en statistique, si l'on désire que celle-ci donne des résultats vraiment utiles. L'observation de myocardites chroniques consécutives à la fièvre typhoïde rapportée par les auteurs n'est d'ailleurs pas la seule qu'ils ont eu l'occasion d'observer : l'un d'entre eux en aurait constaté trois autres auxquelles il fait allusion dans son mémoire. C. GIRAUDEAU.

VI. — Femme de 20 ans. Cinq jours après le début de la maladie, elle entrait à l'hôpital, dans un état déjà très grave, avec un pouls à 140, une température à 41° et 42 respirations à la minute. Dès le lendemain, l'éruption typhique apparaît et la poitrine est pleine de râles. Le surlendemain, à ces râles sibilants se joignent des râles fins localisés aux deux bases. Deux jours plus tard, respiration soufflante voilée du côté droit. Adynamie absolue et délire permanent. Peu à peu se développe un souffle tubaire occupant toute la moitié inférieure du poumon droit, avec maximum vers l'angle de l'omoplate. Matité dans cette région. Suivant les incidents nouveaux qui s'étaient produits pendant les quinze premiers jours qui ont suivi l'entrée de la malade à l'hôpital, on l'avait traitée successivement par le café, l'eau-de-vie, les lotions froides, l'antipyrine en lavement, les ventouses sèches ou scarifiées et les vésicatoires.

A ce moment, une amélioration se produisit tout à coup. La température descend au-dessous de 39°, bien que le pouls reste à 160 et la respiration à 54. Au point de vue des lésions intestinales, la malade peut être considérée comme convalescente; les accidents thoraciques cessent lentement; la respiration devient de plus en plus appréciable; le souffle est remplacé par un murmure vésiculaire affaibli; la malade entre en convalescence; mais cinq semaines environ après le début de la maladie, la température remonte brusquement de 37° à 39°,2; on croit tout d'abord à une rechute, mais on trouve à l'auscultation un bruit de clapotement avec souffle amphorique; il s'agissait d'une pleurésie interlobaire suppurée, pour laquelle on dut pratiquer l'empyème. Guérison complète.

L'auteur considère la pleurésie interlobaire suppurée, survenue dans ce cas comme une propagation de l'inflammation spécifique du poumon. La septicité du pus chez cette malade a d'ailleurs été démontrée par les examens microscopiques.

Outre les microcoques que l'on rencontre dans toute suppuration, on a pu retrouver le bacille décrit par Eberth et Artaud. GASTON DECAISNE.

VII. — Gerhardt, ayant eu l'occasion d'observer cinq malades atteints de fièvres typhoïdes hémorragiques, a pu étudier cette forme assez rare de la maladie.

L'état de santé antérieur semble exercer une grande influence sur l'apparition des accidents. Ils surviennent presque toujours chez des sujets débiles ou déjà malades.

On a noté dans quelques observations, comme facteurs étiologiques, la péritonite tuberculeuse, la syphilis, l'alcoolisme. Un des malades de

Digitized by Google

Gerhardt était atteint d'insuffisance mitrale ; un autre était convalescent d'une rougeole avec albuminurie.

Les hémorragies sont quelquefois très précoces, mais le plus souvent elles sont tardives. Il n'est pas rare de les observer pendant la convalescence ; elles sont alors parfois le prélude d'une rechute ; elles semblent favorisées par le régime exclusivement animal qu'on fait suivre souvent aux convalescents ; le traitement par les bains froids paraît aussi les rendre plus fréquentes.

Les hémorragies se font surtout par la muqueuse pituitaire et par la muqueuse buccale au niveau des gencives. Celles-ci deviennent fongueuses et tuméfiées comme dans le scorbut ; la peau est rarement le siège d'hémorragies spontanées, mais la moindre contusion provoque des ecchymoses. Aux points de pression apparaissent des pustules hémorragiques, rapidement suivies d'escarres. L'anémie produite par les hémorragies présente le tableau clinique ordinaire.

La durée des accidents est de quelques jours à trois semaines. La mort est la terminaison la plus fréquente ; la guérison peut cependant survenir, même, dans des cas d'apparence très grave. — L'amélioration, une fois qu'elle est commencée, se fait avec une très grande rapidité.

Gerhardt emploie peu dans le traitement les boissons acides, le sulfate de quinine, le perchlorure de fer ; il accorde également peu de confiance au vin et à la viande crue. Les bains chauds (33-34°) quotidiens et prolongés lui ont donné de bons résultats. — L'alimentation végétale (pommes de terre, épinards) est également excellente, à condition de donner ces végétaux par petites quantités et en bouillie bien cuite.

M. DEBOVE.

VIII. — Raymond publie, sous ce titre, l'observation d'un malade atteint de fièvre typhoïde, chez lequel l'incision d'un abcès de la région sacro-coccygienne s'accompagna d'une hémorragie très abondante. Le malade ayant succombé à l'anémie produite par cette perte de sang, on trouva dans les parois de l'abcès des bourgeons charnus dont les vaisseaux étaient noyés dans un tissu absolument cellulaire et à structure presque caséuse. Dans le tissu sous-dermique, on constatait, en outre, une infiltration de leucocytes, dont quelques-uns, venus de différents points infectés, constituaient de véritables cellules bacillifères.

L'auteur se demande si certaines des hémorragies, même des hémorragies intestinales que l'on constate au cours de la dothiénentérie, ne reconnaissent pas comme cause une altération des parois des capillaires, et s'il ne s'agit pas plutôt d'hémorragie en nappe, que d'hémorragie par ulcération d'un gros vaisseau. Dans un autre cas de fièvre typhoïde où il existait une hémorragie méningée, c'était encore d'une hémorragie en nappe qu'il s'agissait.

C. GIRAUDEAU.

IX. — Chez une jeune fille de 11 ans, atteinte d'une fièvre typhoïde arrivée au 12e ou au 14e jour de son évolution et présentant en même temps qu'une élévation considérable de la température (40°,6) des syncopes successives faisant craindre pour les jours de la malade, Demange eut l'idée de pratiquer une injection sous-cutanée de 1 gramme d'ergotine. Immédiatement le pouls se releva et les battements du cœur devinrent plus forts, plus réguliers. Les syncopes ne se reproduisirent plus, et la maladie suivit son cours régulier. Demange, tout en reconnaissant que l'on ne peut d'après ce seul fait établir un traitement de la forme cardiaque de la fièvre typhoïde, croit que l'ergotine doit être réservée pour des cas semblables, et non pas être

Digitized by Google

prescrite comme méthode de traitement général de la dothiénentérie, ainsi que l'a fait Duboué. C. GIRAUDEAU.

X. — Une petite fille de 4 ans est atteinte, en août 1884, d'une dothiénentérie de moyenne intensité, mais bien caractérisée ; dans le courant de la troisième semaine on constate une paralysie des membres inférieurs, ainsi qu'une hyperesthésie très prononcée de ces parties, laquelle disparaît au bout d'un mois environ ; mais la paraplégie persiste dans les mois suivants, et, un an après la fièvre typhoïde, on constate encore sur les membres inférieurs une inertie presque complète, et leur atrophie en masse. L'impotence n'est pas absolue, car par intervalles, les jambes et les cuisses exécutent quelque ébauche de mouvement. Mais la malade est incapable de tout mouvement volontaire ; quant à l'atrophie, elle porte sur les muscles de la jambe, de la cuisse et de la fesse. Il n'existe aucun trouble de la sensibilité.

Des pointes de feu dans la région lombaire, des bains salés et sulfureux et l'électrisation ont produit depuis deux mois une notable amélioration au point de vue de la motilité. OZENNE.

XI. — Ayant trouvé, dans le suc splénique d'un individu mort de fièvre typhoïde, le bacille caractéristique de cette affection et en ayant obtenu des cultures positives, l'auteur retira ce suc chez trois typhiques vivants et obtint par la culture les mêmes résultats positifs.

Il procéda de la manière suivante : Après ablution avec du sublimé à 1 0/00 de la région splénique, il plongea la canule d'une seringue de Pravaz entre la 9e et 10e côte gauche sur la ligne axillaire ; l'immobilité de la seringue lui indiqua qu'elle se trouvait dans le parenchyme splénique. Il aspira alors une certaine quantité de suc qu'il mélangea immédiatement avec de la gélatine peptonisée. S'étant d'abord assuré que le suc contenait le bacille d'Eberth, il put constater déjà au bout de quarante-huit heures qu'il germait dans les éprouvettes remplies de la gélatine ensemencée. Celle-ci, en effet, n'était pas liquéfiée par les colonies bactériennes qui s'étalaient sur sa surface sous forme d'une plaque grisâtre pour aboutir aux parois du récipient, suivant le caractère de ces cultures indiqué par Gaffky.

Jusqu'à la 4e semaine de la fièvre typhoïde, on peut toujours trouver le bacille, et la ponction splénique est plus recommandable que l'ensemencement avec les déjections, parce que ces dernières renferment de nombreux microbes qui rendront plus difficiles, et la reconnaissance du bacille propre, et sa culture. Cette ponction n'a d'ailleurs aucun inconvénient. M. SCHACHMANN.

Beiträge zur Lehre der Mischinfection (Contribution à l'étude des infections multiples), par L. BRIEGER (*Zeitschrift für klin. Medicin., Band XI, p.* 263-270.)

1° Brieger a eu l'occasion d'observer trois fièvres typhoïdes compliquées d'abcès. Il croit que ces abcès n'ont pas eu leur origine dans des embolies infectieuses parties des ulcérations intestinales, ainsi qu'on l'enseigne ordinairement, mais qu'il s'agit d'une infection surajoutée, produite par les microbes ordinaires de la suppuration. Chez un des malades, il put même constater dans ce pus la présence du streptococcus de Rosenbach. — Le développement de ces microbes est sans doute facilitée par l'infection préexistante.

2° Chez un autre malade, où les voies biliaires étaient obstruées par un calcul, Brieger vit se développer des accidents de septicémie avec

Digitized by Google

abcès métastatiques du foie, des poumons, de la moelle. Dans le pus de tous les abcès on retrouva le staphylococcus aureus. Brieger croit que le point de départ des microbes est dans l'intestin après que la bile, en cessant d'arriver, n'a plus entravé leur développement. M. DEBOVE.

I. — Histoire de l'épidémie cholérique de 1884, par L. THOINOT (*Thèse de Paris*, 1886).

II. — Étude clinique sur la période de réaction du choléra, par Constantin ODDO (*Thèse de Paris*, 1886).

I. — Travail consciencieux et considérable, où sont relevées, avec un luxe de détails qui a dû coûter bien des recherches, toutes les étapes successives du foyer cholérique, depuis le début de l'épidémie à Toulon et à Marseille, jusqu'à son extinction, après avoir envahi un cinquième des départements français.

Un pareil livre échappe à l'analyse, mais constitue un recueil de documents précieux pour l'étiologie de la maladie. On y voit, de la façon la plus nette, que ce sont toujours les immigrants venant des localités envahies qui apportent le choléra avec eux ; que l'épidémie suit très exactement les voies ferrées ou les cours d'eau, sans tenir compte de l'altitude (Hautes-Alpes) ; qu'elle sévit à son maximum dans les petits villages où les règles hygiéniques ne sont jamais suivies, tandis qu'elle se montre d'autant moins meurtrière qu'elle atteint des centres de population plus soigneux de leur hygiène ; enfin, que les agents de dissémination et de contagion sont, en première ligne les eaux potables, puis les vêtements, les aliments et l'air atmosphérique. Si la contagion par contact direct est prouvée, elle est certainement plus rare que la contagion médiate par contamination des boissons. L'auteur se déclare très nettement partisan des quarantaines, surtout pour les ports méditerranéens. H. R.

II. — Travail très considérable, basé sur l'analyse clinique de près de 500 cas de choléra observés à l'hôpital du Pharo, pendant le choléra de Marseille (1884-1885).

L'auteur distingue trois catégories de réaction cholérique :

1° Une *réaction normale*, pendant laquelle la température s'élève lentement, le pouls devient plus lent et plus fort, les sécrétions biliaire, salivaire, rénale et sudorale reparaissent ;

2° Une *réaction insuffisante*, caractérisée par la persistance ou la réapparition de certains symptômes de la période algide, tels que vomissements, cyanose, anurie, refroidissement périphérique ou, au contraire, l'apparition de nouvelles complications, surtout pulmonaires : dans quelques cas, après une amélioration très sensible, survient une cholérisation nouvelle qui emporte les malades en quelques heures. Un signe défavorable, dans ces réactions incertaines, est la paresse de la pupille, qui se contracte à peine sous l'influence de la lumière ;

3° Les *réactions irrégulières* tirent leur caractère et leur gravité de la présence de symptômes viscéraux devenus prédominants. Ils peuvent être de trois ordres, suivant que le cerveau, le poumon ou l'intestin est touché de préférence.

De là les formes cérébrales dépressives ou comateuses, ou bien compliquées d'excitation (délirantes, ataxo-adynamiques) voire même parfois simulant des lésions organiques localisées à l'encéphale (hémiplégie).

Digitized by Google

Les formes pulmonaires répondent à deux types : la congestion étendue aux deux bases, et la bronchopneumonie pseudolobaire ou lobaire. Enfin les formes gastro-intestinales affectent tantôt l'aspect clinique de vomissements incoercibles, tantôt celui d'une diarrhée compliquée d'une adynamie profonde, avec selles involontaires et collapsus typhoïde. Divers accidents, tels qu'éruptions scarlatiniforme et rubéoliforme, tétanie, ictère, traversent ces différentes variétés de réaction irrégulière.

Dans l'épidémie de Marseille, ces diverses réactions se sont comportées de la façon suivante, au point de vue du pronostic :

Réactions normales : 231 sur 466 malades ;
Réactions insuffisantes : 85 (63 décès, 22 guérisons) ;
Réactions cérébrales comateuses : 61 (36 guérisons, 25 décès) ;
Réactions ataxo-adynamiques : 21 (15 décès, 6 guérisons) ;
Réactions gastro-intestinales : 45 (21 décès, 24 guérisons). H. R.

I. — Contribution à l'anatomie pathologique du choléra asiatique, par KELSCH et VAILLARD (*Arch. de physiol., mai* 1885).

II. — Note sur les altérations histologiques du foie dans le choléra à la période algide, par V. HANOT et A. GILBERT (*Ibid., avril* 1886).

III. — Article Choléra du dictionnaire de thérapeutique de Gloner. Notes de da SILVA JONES (*Lisbonne*, 1885).

IV. — Mittheilungen zur Œtiologie der Cholera, par E. KLEBS (*Corr. Blatt f. schweiz. Aerzte, p.* 305, *juillet* 1885).

V. — Estudios sobre el microbio virgula del cholera, etc., par SANTIAGO RAMON Y CAJAL (*in-8° de* 100 *pages, Saragosse*, 1885).

VI. — Contribucion al estudio de las formas involutivas del coma bacilo de Koch, par SANTIAGO RAMON Y CAJAL (*La Crónica medica*, 20 *déc.* 1885).

VII. — Does Koch's comma bacillus produce a peculiar poison? (Le bacille virgule de Koch engendre-t-il un poison spécial?), par Jules BERDEZ (*Brit. med. journ., p.* 862, *nov.* 1885).

VIII. — Untersuchungen über Koch's Kommabacillus (Recherches sur le bacille virgule de Koch), par Victor BABÈS (*Arch. f. path. Anat. u. Phys. XCIX, Heft* 1, *p.* 148).

IX. — Expériences pour servir à l'étude des propriétés physiologiques des déjections alvines de la dysenterie et du choléra, par BOCHEFONTAINE (*Arch. de phys.*, 15 *janvier* 1886).

X. — The relation of the gastric secretion and its relation to cholera infection (Réaction du suc gastrique, ses rapports avec l'infection cholérique), par Matthew HAY (*Brit. med. journ., p.* 484, *mars* 1886).

XI. — De l'érythème scarlatiniforme et rubéoliforme dans le choléra, par TARRAL (*Thèse de Paris*, 1886).

XII. — Le choléra atténué, par J. HÉRICOURT (*Revue de médecine*, 10 *octobre* 1886).

I. — Les altérations de l'intestin peuvent être, dans le choléra, distinguées en légères, moyennes et graves. Les premières sont caractérisées par l'intensité des phénomènes phlegmasiques ; les secondes, par l'association à la phlegmasie de la nécrose, des altérations vasculaires

Digitized by Google

et des hémorragies; les dernières, par la prédominance du processus nécrotique.

La rate est atrophiée et présente des lésions nécrotiques. Les reins souvent atrophiés montrent des altérations irritatives de l'épithélium des tubes contournés; la nécrose y est rare et limitée; la desquamation de l'épithélium des tubes droits y fait défaut. Le foie, généralement hypertrophié, offre des lésions dégénératives et atrophiques, auxquelles s'associent fréquemment des altérations hyperplasiques. A. GILBERT.

II. — Les recherches des auteurs ont porté sur 4 cas. Dans le premier, un grand nombre de cellules hépatiques montraient leurs noyaux hypertrophiés et segmentés. Dans le deuxième, les cellules hépatiques avaient subi l'infiltration grunulograisseuse. Dans le troisième et le quatrième, existait, à côté des lésions signalées dans le premier cas, une altération particulière des cellules hépatiques à laquelle convient la désignation de *tuméfaction transparente.* A. GILBERT.

III. — Travail de compilation consciencieusement fait, au courant des données actuelles de la science. Les notes de da Silva sont peut-être le côté le plus neuf de l'article. Il s'applique à démontrer les affinités étiologiques et nosographiques du choléra et de l'impaludisme, surtout dans les formes graves (pernicieuses algides). H. R.

IV. — Pour Klebs, le micro-organisme en virgule de Koch est bien la cause du choléra. Mais ses expériences lui ont montré que, à côté de l'action locale qu'il exerce sur l'intestin, il y a lieu de tenir encore davantage compte de ses propriétés virulentes qui se traduisent par des symptômes généraux. On a évidemment affaire ici à une substance chimique de la classe des alcaloïdes dont les effets s'accusent d'abord sur les muscles striés (convulsions) puis sur les muscles lisses par des phénomènes les uns d'excitation, les autres de paralysie (anémie et pâleur des téguments, etc.).

La déperdition en chlorure de sodium, considérable quand les déjections sont abondantes, est aussi une indication dont il y a lieu de faire cas dans le traitement du choléra.

Quant à la dénomination convenable pour le micro-organisme découvert par Koch et à sa place dans la classification des infiniment petits, ni le terme de bacille ni celui de spirille ne sont légitimés par ses caractères; c'est pourquoi Klebs préfère lui donner le nom de vibrion.

C'est dans cette classe aussi que rentre le micro-organisme signalé par Finkler et Prior (*R. S. M.*, XXV, 585) dans le choléra nostras. Pour Klebs, l'unique différence essentielle qu'il offre avec celui du choléra indien est celui d'un végétation beaucoup plus rapide et plus luxuriante; fait qui témoigne d'un acclimatement bien plus parfait.

Se reportant aux enseignements fournis par l'épidémie de Zurich en 1867, Klebs se croit autorisé à admettre qu'à une pression barométrique inférieure à 720 millimètres de mercure ou à une altitude au-dessus de la mer supérieure à 450 mètres, le vibrion du choléra asiatique rencontre, pour se développer, à moins de conditions spéciales, des circonstances peu favorables, ce qui rend compte de l'immunité relative de certaines localités. J. B.

V. — La première partie de ce mémoire est consacré à l'histoire naturelle du bacille virgule et à sa culture artificielle. L'auteur donne

Digitized by Google

de grands détails sur l'apparence morphologique et l'évolution des colonies de virgules, selon qu'on les cultive dans la gélatine à 6, à 10, à 12 0/0, ou dans l'agar-agar, ou encore sur des corps poreux tels que des éponges humides, ou dans des bouillons de viande. Il insiste particulièrement sur les cultures mélangées à de la bile, d'après le procédé de Ferran, et sur les corps mûriformes que l'on rencontre dans les préparations. Ces corps mûriformes, sur la signification desquels on a beaucoup discuté, ne semblent avoir, pour l'auteur, aucune valeur; il ne les regarde pas comme des organismes vivants, agissant à titre de ferments : leur réfringence, leur volume irrégulier, leur dureté, leur résistance aux réactifs n'ont rien de comparable aux conditions des bacilles : ils résistent indéfiniment à la putréfaction et ne se transforment jamais en virgules ni en spirilles. Celles-ci se reproduisent par scissiparité.

Relativement aux conditions de vitalité du bacille virgule et à l'action des désinfectants, voici les conclusions de l'auteur :

1° Les acides minéraux suspendent la vitalité du bacille cholérigène (acide chlorhydrique 1/500, sulfurique 1/200) on peut se servir utilement de cette propriété des acides pour stériliser les germes des eaux potables ;

2° Le meilleur et le plus sûr désinfectant des personnes et des effets cholériques est le sublimé ; l'acide phénique et le sulfate de cuivre sont bien moins actifs, même à doses fortes (acide phénique 2/100, sulfate de cuivre 1/100);

3° Un très bon moyen de détruire le bacille virgule est de le traiter par une chaleur de 100 degrés, soit par ébullition de vapeur d'eau, soit dans des étuves sèches;

4° La dessiccation n'est pas un moyen sûr, et les microbes du choléra desséchés sont susceptibles de réviviscence.

La seconde partie du mémoire est consacrée aux expériences faites sur les animaux pour démontrer l'action cholérigène des cultures bacillaires. Les résultats de ces expériences sont consignés dans les conclusions suivantes.

L'action pathogène du bacille virgule n'est pas entièrement confirmée par l'expérimentation.

Les expériences d'injections duodénales chez les cobayes fournissent bien des diarrhées cholériformes, mais elles sont variables dans leurs effets et susceptibles d'être diversement interprétées.

Les injections sous-cutanées, à petites doses, des cultures pures de bacilles virgules sont inoffensives chez les animaux et chez l'homme. A haute dose, elles produisent une infection particulière capable d'entraîner la mort, mais sans le cortège des symptômes du choléra morbus.

Les animaux inoculés par les bacilles virgules en injections sous-cutanées sont préservés des effets de doses doubles de cultures bacillaires. Mais cette action prophylactique ne paraît pas être générale, et il n'est pas prouvé qu'elle s'étende jusqu'à l'intestin, en empêchant le développement des germes cholériques dans le milieu naturel de leur pullulation. H. R.

VI. — On trouve fréquemment, dans les cultures anciennes du bacille virgule, des corpuscules globuleux dont la signification est mal connue.

Digitized by Google

Klein les a considérés comme des segmentations du bacille. Van Ermengem ne leur croit aucune affinité avec le bacille cholérique. Celui-ci, au contraire, les regarde comme des virgules gonflées qui laissent échapper des spores par destruction de leur enveloppe. Ferran paraît également les avoir observés.

Ramon a fait sur ce point d'intéressantes recherches. Le 5 octobre 1885, il fit des cultures de virgules dans l'agar-agar et la gélatine. Quinze jours après, la gélatine des tubes était presque complètement liquéfiée : au fond de chaque tube, se voyait un précipité blanchâtre, formé de virgules altérées et de détritus divers : la surface du liquide était recouverte d'une calotte mycodermique.

L'examen microscopique est surtout satisfaisant à l'état frais, après coloration des préparations par le violet de gentiane dissous dans l'aniline. On trouve alors des corpuscules arrondis, transparents, de forme sphérique, de grandeur variable (2 à 5 μ); quelques-uns sont hémisphériques. Tous sont constitués de la manière suivante : *a*) une membrane d'enveloppe; *b*) un liquide transparent; *c*) une substance plus réfringente, disséminée irrégulièrement dans la vésicule, ou accumulée en amas de forme variable. En ajoutant à la préparation une goutte de vert de méthyle ou de violet de dahlia, on voit cette matière réfringente se colorer subitement de la façon la plus nette : c'est ce que l'auteur appelle les *points chromatiques*, probablement de nature protoplasmique.

Le point le plus intéressant de cette communication est la découverte des formes transitoires du bacille de Koch et sa transformation en corpuscules globuleux. En effet, l'auteur figure des bacilles virgules pourvus de vacuoles centrales, ou renflés en massue, qui offrent à leurs pôles des grains chromatiques. D'autres bacilles, presque normaux à première vue, semblaient contenir des spores endogènes, mais à un fort objectif on reconnaissait que la structure desdites spores était identique à celle des points chromatiques. Pour bien la mettre en évidence, il faut colorer légèrement la préparation, de cette façon l'aptitude de la manière réfringente à absorber le violet de dahlia devient incontestable.

En gardant plus longtemps les cultures de bacilles (la 2e expérience fut faite le 30 décembre sur les cultures ensemencées le 5 octobre) on constate que les spirilles et les virgules ont disparu; il n'existe plus qu'une infinité de corpuscules sphériques analogues à ceux précédemment décrits, et visiblement produits par la transformation des virgules.

En résumé, l'auteur admet que les formes extraordinaires des bacilles virgules se décomposent en deux groupes : le premier comprend les aberrations de forme sans différenciation (virgules grandes, en S, ou en point d'interrogation, spirilles chargés de points chromatiques, etc.); le second comprend les aberrations de structure et de forme (disposition particulière de la chromatine, spirilles ponctués et pâles, ou décomposés en corps globuleux plus ou moins réfringents. Les premières formes paraissent être des anomalies développées artificiellement par les cultures; les secondes sont un produit de désintégration, une preuve de la destruction des parties constituantes du bacille, et non pas des spores véritables fertiles. H. R.

VII. — Berdez a répété les expériences de Nicati et Rietsch, ainsi

Digitized by Google

que celles de Pouchet. En cultivant dans des bouillons alcalins le bacille virgule de Koch, le liquide, trouble d'abord, s'éclaircit ensuite, mais qu'il soit récemment ou anciennement préparé, il devient toxique pour les grenouilles, qui se paralysent en moins de cinq minutes. Ce n'est pas le fait uniquement des bacilles, car, en faisant chauffer la liqueur, on peut les séparer du liquide de culture. Or, ce dernier liquide, injecté isolément, est aussi toxique pour les grenouilles que celui qui renferme les bacilles.

Ceci semblerait vérifier absolument les recherches de Nicati : mais il se trouve qu'en répétant les mêmes expériences de culture dans un milieu alcalin avec le bacillus subtilis de la septicémie et le bacille virgule de Finkler, qui n'est pas celui de Koch, on obtient des intoxications identiques. Il paraît donc probable que le produit de ces cultures est une ptomaïne analogue à celle que Brieger a retirée des matières protéïques en putréfaction. H. R.

VIII. — Babès s'occupe surtout de la biologie du bacille virgule. Il étudie le développement des cultures dans le bouillon additionné de sublimé à 1 pour 90000, dans le lait, sur la viande, l'albumine cuite, etc. Il mentionne rapidement ses inoculations suivies de succès sur deux souris et un cobaye, puis il s'occupe de la morphologie et du développement du bacille. Avec les plus forts grossissements, il reconnaît 3 substances, une enveloppe qui se colore, un contenu incolore et des masses fortement colorées aux extrémités des bâtonnets. Entre ces masses se trouvent des parties non colorées qui ont l'apparence de spores. Lorsque les bacilles sont groupés en spirales ils ont une teinte plus uniforme. En observant à la platine chauffante à 35° dans une solution étendue de violet, de méthyle on peut suivre l'évolution des bacilles. On voit souvent les bacilles présenter l'apparence de diplocoques. En vieillissant, les bacilles s'allongent. La substance chromatique est mobile ; située au début soit aux extrémités, soit au milieu du bâtonnet, elle se dispose à la fin suivant l'axe longitudinal du bacille. Les spirales présentent des mouvements de reptation avec variations dans la longueur et le diamètre de la spirale. Pendant les mouvements des bâtonnets isolés on aperçoit aux extrémités une agitation gyratoire du liquide qui fait supposer l'existence de cils vibratiles en ces points. Quand le milieu de culture est favorable et le développement des bacilles rapide, on rencontre surtout des éléments courts et isolés ; si le milieu est moins bon et le développement plus lent, on rencontre plutôt des formes allongées, des chaînettes de bacilles et de véritables filaments.

L'auteur a pu voir sur des coupes d'intestins de cholérique conservés depuis 10 ans, des bacilles situés surtout dans les parties les plus superficielles de la muqueuse de l'iléon. Les lésions cellulaires consistaient dans la dégénérescence hyaline des épithéliums glandulaires avec amas de cellules plasmatiques et de globules blancs, spécialement autour des vaisseaux et aux limites des parties malades. Il a noté des altérations viscérales surtout dans les veines. Sans y voir de bacilles, il a constaté également autour des vaisseaux des amas de petites cellules rondes et de cellules plasmatiques en grand nombre. Dans un cas, en ensemençant de la gélatine avec du sang de cholérique, il a pu obtenir une culture caractéristique. C'est là un fait isolé auquel il croit devoir cependant attacher une certaine importance. P. GALLOIS.

Digitized by Google

IX. — A. *Dysenterie.* — 1° Les injections hypodermiques de matière dysentérique injectée sous la peau déterminent des abcès;

2° Ces mêmes déjections alvines injectées sous la peau, en très petite quantité ou bien après avoir été mêlées avec une proportion d'eau suffisante, ne produisent aucun phénomène appréciable;

3° L'ingestion stomacale des déjections dysentériques à doses modérées est chez le chien et le cobaye absolument sans action. Des doses considérables, plusieurs centaines de grammes par exemple, produisent chez le chien des vomissements comme une simple indigestion;

4° Les cobayes qui ont mangé chaque jour des déjections dysentériques, mêlées avec leurs aliments, sont morts au bout de six jours, comme s'ils avaient succombé à un empoisonnement par une substance soluble. Ceux qui en ont ingéré pendant trois jours seulement ont survécu.

B. *Choléra.*— 1° Les injections hypodermiques de liquide diarrhéique, provenant d'un cas de choléra mortel, ont déterminé des symptômes d'intoxication et même la mort rapide chez les animaux (chien, cobaye). Les effets toxiques du liquide cholérique ont été proportionnés à la quantité de liquide injecté;

2° Chez l'homme, l'ingestion stomacale du liquide cholérique mortel, à la dose de 5 centimètres cubes, a déterminé quelques troubles physiologiques sans importance;

3° Ces troubles physiologiques ne sont pas en rapport avec la quantité de microbes cholériques ingérés dans l'estomac, laquelle atteint au moins le chiffre de huit milliards;

4° L'ingestion stomacale, par l'homme, des microbes du choléra mortel, cultivés dans la gélatine, est absolument sans action;

5° L'injection hypodermique de ces cultures microbiques produit des accidents inflammatoires locaux, des abcès. Lorsque les microbes cultivés dans la gélatine sont mêlés avec une certaine quantité d'eau, les phénomènes inflammatoires se manifestent peu, ou même ne se manifestent pas chez l'homme et chez les animaux à l'état normal; le sang a la propriété de détruire ces microbes;

6° Le mucus diarrhéique du choléra nostras a déterminé des abcès chez les cobayes et les chiens sous la peau desquels il a été injecté;

7° Chez le pigeon, cette inoculation n'a eu aucun résultat;

8° Il existe dans le liquide muqueux diarrhéique du choléra nostras des corpuscules microbiques pâles, qui, seuls, de tous les éléments contenus dans ce liquide, ont été colorés par le violet de méthyle;

9° Les cultures des microbes du choléra nostras dans le bouillon Liebig et l'agar-agar ont donné du premier coup une culture parfaitement pure de bacilles en virgule ou en accent circonflexe qui ont été parfaitement colorés par le violet de méthyle. Le coccus du choléra nostras est peut-être le germe du bacille virgule. A. GILBERT.

X. — Hay réfute cette contradiction apparente, que le bacille virgule ne peut vivre dans un milieu acide, tandis que, d'autre part, il pénètre bien manifestement dans l'organisme par les voies digestives. Il semblerait donc que l'acidité du suc gastrique dût empêcher le développement du contage cholérique : mais les expériences de l'auteur ont prouvé que, quand l'estomac est vide et qu'il est à jeun, il offre toujours une réaction alcaline. Il y a plus : en injectant dans l'estomac des solu-

Digitized by Google

tions d'un sel de soude neutre, tel que le chlorure de sodium ou le sulfate de soude, on trouve la réaction de la muqueuse stomacale alcaline. Des expériences d'Ewald, faites directement sur l'homme, conduisent aux mêmes résultats. Ceci explique la pullulation du bacille et la nécessité, quand on soigne des cholériques, de provoquer la sécrétion du suc gastrique en faisant avaler des aliments solides. H. R.

XI. — Les exanthèmes se montrent toujours pendant la période de réaction du choléra et coïncident souvent avec l'apparition de symptômes cérébraux et typhoïdes. Tantôt ils ressemblent au rash morbilliforme de la variole, tantôt à des rashs scarlatiniformes plus ou moins généralisés. Leur durée, la date de leur apparition, leur intensité, leur forme et leur siège sont variables : mais ce qui est important à retenir, c'est que leur signification est loin d'être défavorable. On doit les regarder comme un signe de bon augure ; il résulte, en effet, des recherches de Tarral que, dans les anciennes épidémies, la plupart des cas où l'on a signalé ces rashs ont guéri : c'est également ce qu'il a vu dans la dernière épidémie de Toulon. Tous les malades atteints d'érythème ont guéri. H. R.

XII. — Renversant la thèse soutenue par J. Guérin, Héricourt croit que les cas si fréquents de diarrhée, observés au cours des épidémies cholériques, sont des exemples de choléra authentique, mais de choléra atténué. Pour lui, cette affection serait donc une maladie bénigne dans le plus grand nombre des cas, grave dans quelques-uns, mortelle dans un très petit nombre. C. GIRAUDEAU.

I. — Mittheilungen aus den Diphtherie Epidemieen der Jahre 1882-1883, par HENOCH (*Charité Annalen, X, p.* 490, 1885).

II. — A contribution to the etiology of diphtheria, par G. MASTERMAN (*Brit. med. journ., p.* 152, *janvier* 1886).

III. — Exantheem bij Diphtheritis en een geval van noma (Exanthème dans le cours d'une diphtérie avec noma), par HERS (*Weekblad van het. Nederl. Tijdsch. voor Geneskunde, p.* 897, 1885).

IV. — Étude sur quelques altérations globulaires du sang dans la diphtérie, par R. BINAUT (*Thèse de Paris*, 1885).

V. — Rein diphtéritique, pyélite pseudomembraneuse, par P. MÉNÉTRIER (*Bull. Soc. Anat.*, 22 *janvier* 1886).

VI. — — Case of Raynaud's disease following diphtheria (Gangrène symétrique des doigts consécutive à la diphtérie), par HYDE et POWELL (*Brit. med. journ., p.* 203, *janvier* 1886).

VII. — The aftertreatment of tracheotomy, par S. HERBERT HABERSHON (*St Barth. hosp. Rep., XXI, p.* 79, 1885).

I. — La diphtérie, à Berlin, prend chaque année de l'extension, et revêt de plus en plus des formes malignes. Sa fréquence augmente dans les hôpitaux.

De la statistique qu'a faite Henoch à l'hôpital de la Charité, il résulte les faits suivants :

En 1882 et 1883, on a reçu 319 enfants atteints de diphtérie.

La mortalité s'éleva à 208 cas, et sévit surtout sur les enfants des 3 pre-

Digitized by Google

mières années. Ces 319 cas se décomposent de la manière suivante au point de vue de la localisation de la diphtérie. Sur 174 cas, où la diphtérie resta localisée au pharynx, 95 guérisons, 79 morts. On compta 145 cas de croup, parmi lesquels 7 seulement ne furent pas opérés. On pratiqua donc 138 trachéotomies, dont 16 seulement furent suivies de guérison (soit 11 1/2 0/0). Henoch n'admet qu'une seule contre-indication à l'opération de la trachéotomie, c'est la coïncidence de symptômes infectieux très marqués avec les phénomènes asphyxiques.

Les cas de mort, qui ont suivi la trachéotomie, ont été dus, dans certains cas, à l'érysipèle, à des convulsions, à de la péritonite, à de la diphtérie de l'estomac. On a observé rarement la paralysie du voile du palais, et, dans ces cas, le pronostic n'a pas paru de mauvaise augure. L'otite moyenne a été observée dans 3 cas, alors que le coryza diphtérique a été observé très fréquemment, même dans les cas où la terminaison a été heureuse. Rarement et seulement dans les cas septiques, la conjonctive a été prise. Dans 3 cas, on a observé de l'érythème, dont un cas d'érythème ortié. En revanche, beaucoup d'enfants, à la suite de conditions défavorables hygiéniques, ont contracté la scarlatine. L'endocardite et le gonflement des articulations n'ont été observés chez aucun diphtéritique. On a observé fréquemment une légère albuminurie et ce n'est que dans les cas les plus graves que l'on a constaté l'existence d'une néphrite avec une grande quantité d'albumine. Toujours cette complication apparaissait de bonne heure, au moins dans le premier septénaire, ou au commencement du second septénaire de la maladie.

Très rarement, on a observé des hydropisies, et jamais d'urémie. Dans aucun cas, la néphrite n'a été consécutive, quoique cependant, du moins passagèrement, on ait observé de l'albumine dans le cours de l'affection. Dans ces cas où, outre la néphrite, il existait des signes de faiblesse cardiaque, on fit des injections de camphre, d'éther et de strychnine, injections auxquelles Henoch croit devoir attribuer la conservation de la vie.

Dans les cas de paralysie diphtéritique, les injections de strychnine, 1 à 4 milligrammes, ont donné de bons résultats.

Henoch a observé quelques cas de diphtérie prolongée, où la guérison n'est venue qu'au bout de deux mois. Dans un cas de ce genre, 15 semaines après la trachéotomie, le petit malade rejetait quelques fausses membranes par sa canule. Quant au traitement de la diphtérie en elle-même, aucun médicament ne peut être considéré comme spécifique. LESAGE.

II. — Relation intéressante d'un cas de diphtérie survenu chez une femme prête d'accoucher. La trachéotomie fut faite *in extremis* pour permettre d'avoir l'enfant vivant ; et malgré cela la mort de la mère avait déjà eu lieu au moment où par la version on put extraire l'enfant. Ce qui fait l'intérêt de cette communication, c'est que l'enfant était parfaitement vivant, nullement souffrant dans sa nutrition, bien que la mère fût depuis huit jours empoisonnée par une diphtérie toxique. L'auteur tire de ce fait deux conclusions : la première, que le placenta filtre le sang de la mère, et ne laisse pas passer les micro-organismes ; la seconde, que les phénomènes locaux de la diphtérie précèdent proba-

Digitized by Google

blement l'infection du sang, loin d'en être la conséquence, comme on l'a soutenu. H. R.

III. — Il s'agit d'un enfant, qui portait sur la lèvre inférieure une ulcération, laquelle, en quelques jours, avait gagné la joue.

Cet enfant, dont les deux frères furent atteints et moururent de diphtérie, fut bientôt atteint de la même affection.

Celle-ci fut précédée d'une éruption, qui disparut au bout de deux jours; les symptômes de la diphtérie éclatèrent alors, et l'enfant mourut rapidement.

En même temps, dans cette localité, on observa une épidémie de diphtérie, survenue chez des veaux.

L'auteur pense pouvoir attribuer l'ulcération de la face à l'impaludisme. LESAGE.

IV. — Binaut a constamment trouvé dans le sang, chez les malades atteints de diphtérie, une augmentation du nombre des globules blancs, d'autant plus marquée que la maladie était plus grave, et une diminution du nombre des hématies sans que cette hypoglobulie fût en rapport avec le degré de gravité de la maladie. Il n'a pas trouvé d'autre part de corrélation entre l'augmentation du nombre des globules blancs et la diminution du nombre des globules rouges. C. GIRAUDEAU.

V. — A l'autopsie d'une enfant morte de diphtérie, Ménétrier a trouvé dans les bassinets des deux reins des plaques pseudomembraneuses, très adhérentes, solides, blanc grisâtre, en tout comparables à celles qu'on rencontrait dans le pharynx et les voies respiratoires. Ces plaques sont formées par une accumulation de globules blancs, avec cellules épithéliales granuleuses et des globules sanguins, le tout maintenu par un fin réticulum fibrineux. Au voisinage de ces plaques, la muqueuse est le siège d'une congestion intense; les reins présentent les lésions d'une néphrite diffuse aiguë. Pas de traces de micro-organismes. A. C.

VI. — Observation malheureusement peu complète d'un homme de 48 ans, qui le 12 mai contracte une angine diphtéritique. Trois semaines après, au moment de la convalescence, il s'aperçoit que son nez devient bleu, et que ses doigts se cyanosent. La semaine suivante, douleurs vives et accroissement de la décoloration des téguments. Au bout de 25 jours, apparition d'escarres noires au niveau des deux dernières phalanges qui se momifient à quatre doigts de la main droite et à deux doigts de la main gauche.

Le malade n'était pas diabétique, mais ses urines étaient légèrement albumineuses et son sang plus riche en leucocytes qu'à l'état normal.

On dut amputer les doigts mortifiés. Le malade guérit. H. R.

VII. — Habershon part de ce principe que, sauf dans les cas de diphtérie maligne toxique, la plupart des enfants succombent après la trachéotomie, soit par inanition, soit par pneumonie due à l'introduction dans les bronches, de parcelles alimentaires. Cette introduction est favorisée par la présence du tube dans la trachée, et par la difficulté qu'a l'épiglotte à se rabattre dans les mouvements de déglutition; enfin, il faut tenir compte de la paralysie du pharynx si commune à cette phase de la diphtérie. Pour combattre ces circonstances défavorables, il faut nourrir les enfants sans les forcer à faire des mouvements fréquents de déglutition, résultat auquel on arrive en introduisant une sonde molle œsophagienne par les narines. L'enfant est ainsi nourri par le cathétérisme toutes les quatre heures; généralement après l'opération il s'endort et tousse fort peu. L'auteur a eu l'occasion de traiter ainsi sept enfants trachéotomisés : cinq guérirent. Leurs observations détaillées sont consignées dans le mémoire. H. R.

Digitized by Google

Le lait comme agent de l'infection scarlatineuse, par POWER et KLEIN (*The Boston med. journ., p.* 115, *août* 1886).

Le mémoire original a été lu à la Société épidémiologique de la Grande-Bretagne par Cameron : il résume des recherches entreprises depuis longtemps par Power sur la nocuité du lait relativement à la diffusion de la scarlatine.

Dès 1882, cet auteur avait noté qu'une épidémie de scarlatine avait paru correspondre à la distribution d'un lait provenant d'une vache malade. Cette bête, qui venait de vêler, avait perdu une partie de son poil et était languissante; à cela près, son lait paraissait normal. Vers cette époque, Klein fit quelques expériences pour savoir si la scarlatine humaine était inoculable à l'espèce bovine, et il vit, dès cette époque, qu'une maladie bien définie atteignait les vaches inoculées, surtout pendant leur période de lactation.

En décembre 1885, le médecin hygiéniste de Marylebone, à Londres, remarqua qu'une violente épidémie scarlatineuse sévissait dans son quartier chez des personnes qui s'approvisionnaient chez un laitier spécial. Celui-ci faisait venir son lait de la ferme de Hendon, où tout le personnel domestique était en bonne santé. L'enquête démontra que le lait était devenu malsain depuis l'introduction dans la ferme de vaches qui présentaient des vésicules bulleuses et des ulcérations du pis, ainsi que la desquamation partielle de la peau au voisinage de la queue.

Klein compléta ces données en inoculant le liquide des pustules mammaires. En faisant l'inoculation sous-épidermique à d'autres vaches, il ne développa qu'une lésion locale, aboutissant à une ulcération et à une desquamation circonscrite, mais en faisant pénétrer le virus sous la peau dans le tissu sous-cutané, il donna lieu à une maladie générale infectieuse, comparable à la scarlatine humaine, et se compliquant de néphrite albumineuse.

Il manque, pour la démonstration, l'inoculation de l'homme avec une culture du lait contaminé, et la preuve que ce lait, avalé par une autre vache, peut reproduire chez elle la maladie scarlatineuse; mais tout porte à présumer que la scarlatine humaine a bien une origine animale, et que c'est par le lait des vaches malades que se transmet l'infection.

H. R.

Du diagnostic du rhumatisme au moyen de l'examen du sang, par G. HAYEM (*Soc. méd. des hôpitaux*, 22 *janv.* 1886).

Hayem a remarqué que les fébricitants, chez lesquels il ne rencontrait aucune phlegmasie locale, mais qui présentaient une augmentation considérable de la fibrine, ont toujours offert au bout d'un temps plus ou moins long des accidents d'arthropathies rhumatismales. Il en conclut que la fièvre rhumatismale s'accompagne d'une augmentation de la fibrine, et que l'examen de quelques gouttes de sang permet de constater la formation d'un réticulum fibrineux assez riche pour devenir caractéristique.

Il rapporte à l'appui de son opinion l'observation d'un garçon de vingt ans, entré à l'hôpital avec une fièvre intense, sans altérations d'organes précises ni arthropathies bien accusées, chez qui les symptômes céré-

Digitized by Google

braux présentèrent rapidement une gravité sérieuse; se fondant sur le réticulum à grosses fibrilles du sang, Hayem admit l'existence d'un rhumatisme cérébral et ordonna des affusions froides, combinées avec des bains; au bout de deux jours, les phénomènes nerveux disparurent et les arthropathies se développèrent avec une grande violence et une grande ténacité. H. L.

De la pérlèche, du streptococcus plicatilis, par Justin LEMAISTRE (*Broch. Limoges*, 1886).

On observe communément, en Limousin, chez les enfants, surtout les écoliers, une affection aphteuse siégeant à la commissure labiale, qu'on désigne dans ce pays sous le nom de *perlèche*, *bridou*. L'épithélium est blanchâtre, macéré, avec de petites fissures allant rarement jusqu'au derme. Cette affection est contagieuse et se développe par suite de l'habitude de boire au même vase de bois ou de grès.

Lemaistre, convaincu de la nature microbienne de cette affection, en raison de sa contagiosité et de ses récidives si faciles, examina l'épithélium malade et y trouva en effet de nombreuses bactéries globulaires, diplocoques, quelques-unes en forme de chaînettes. La culture de ce microbe fut des plus aisées; au bout de dix heures, les bouillons ensemencés présentaient des flocons blanchâtres où l'on retrouvait les sphérobactéries et les streptocoques. L... donne à ce microbe le nom de streptococcus plicatilis à cause de sa tendance à l'enchevêtrement.

Pour s'assurer que c'était bien par ces vases destinés à la boisson que se faisait la contamination, L... ensemença avec quelques gouttes d'eau pris dans le vase des bouillons de culture et retrouva le même microbe. En effet ces organismes vivent dans les eaux des fontaines, des puits infestés, sous la forme de micrococci. Puisés dans les seaux, portés à une atmosphère plus chaude, ils se développent, prennent la forme de chaînettes et se multiplient à profusion. L'eau est renouvelée, mais il reste les germes pathogènes qui repullulent et contaminent les enfants. Si le mibrobe siège à la commissure des lèvres, c'est qu'il est anaérobie; sur les lèvres, il se grefferait difficilement; dans la bouche, la salive alcaline nuirait à son développement. H. R.

I. — Nosographie des chorées, par LANNOIS (*Thèse d'agrég. Paris*, 1886).

II. — Vorstellung einiger Fälle von Chorea (Quelques cas de chorée), par HENOCH (*Berl. klin. Woch.*, 3 *août* 1885).

III. — Capillary embolism of brain (Les embolies capillaires du cerveau et leurs relations avec la chorée), par Angel MONEY (*Brit. med. journ.*, *p.* 99, *juillet* 1886).

IV. — Ueber hereditäere chorestische Bewegungs-Störungen (Mouvements choréiques héréditaires), par Joseph PERETTI (*Berl. klin. Woch.*, 28 *décembre* 1886).

V. — Des localisations dans les maladies nerveuses sans lésions appréciables, par R. GRENIER (*Thèse d'agrég.*, *Paris*, 1886).

VI. — Des vertiges, par E. WEILL (*Thèse d'agrég.*, *Paris*, 1886).

VII. — Des migraines, par SARDA (*Thèse d'ag.*, *Paris*, 1886).

Digitized by Google

VIII. — Die myalgische Migräne, par O. ROSENBACH (*Deut. med. Woch.*, *n°* 12, 1886).

IX. — Ueber Paralysis agitans, par GRASHEY (*Berl. klin. Woch.*, 27 *juillet* 1886).

X. — Des déformations de la main dans la paralysie agitante, par SIOTIS (*Thèse de Paris*, 1886).

XI. — Du sommeil non naturel, ses diverses formes, par H. BARTH (*Thèse d'agrég.*, *Paris*, 1886).

XII. — De la fièvre hystérique, par DEBOVE (*Bull. Soc. méd. des hôp.*, 23 *avril* 1886).

XIII. — Paralysies, contractures, affections douloureuses de cause psychique, par LOBER (*Thèse d'agrég.*, *Paris*, 1886).

XIV. — Note sur un cas d'atrophie musculaire et osseuse du membre supérieur gauche, résultant d'une monoplégie hystérotraumatique, chez un adolescent, par CHAUFFARD (*Bull. Soc. méd. des hôp.*, 14 *mai* 1886).

XV. — De l'atrophie musculaire dans les paralysies hystériques, par BABINSKI (*Progrès méd.*, 17 *avril* 1886).

XVI. — Sull'anuria isterica, par ROSSONI (*Riv. clin. di Bologna*, *octobre et novembre* 1885).

XVII. — Case of remarkable hyperexcitability of all the muscles to direct mechanical pression, par Hughes BENNETT (*Brain*, *p.* 228, *juillet* 1886).

XVIII. — Ueber die Thomsen'sch Krankheit (Deux cas de maladie de Thomsen, par ERB (*Berl. klin. Woch.*, 20 *juillet* 1885).

XIX. — Die myopathische Cardialgie, par O. ROSENBACH (*Deuts. med. Woch.*, *n°* 13, *p.* 214, 1886).

XX. — Two cases of functionnal nervous disorders, par Samuel WEST (*St-Barthol. hosp. Rep.*, *XXI*, *p.* 59).

I. — Le mot de chorée était pour certains auteurs une sorte d'appellation générique, répondant à une foule d'affections disparates, depuis la chorée proprement dite jusqu'au tremblement de la paralysie agitante, à la crampe des écrivains ou à la sclérose en plaques. Pour Lannois, les mouvements choréiques sont « des mouvements musculaires, à grand rayon, involontaires, bien que le plus habituellement conscients, occupant principalement la tête et les membres, incessamment renouvelés sans repos ni trêve et ne s'arrêtant que pendant le sommeil ». Lorsque les gesticulations sont contradictoires et illogiques, ne présentant ni cadence ni signification déterminée, n'imitant aucun mouvement expressif ou professionnel, les chorées sont arythmiques; ce sont : 1° la chorée de Sydenham avec ses variétés, chorée de Sydenham proprement dite, chorée molle, chorée de la grossesse, chorée des vieillards, chorée héréditaire; 2° hémichorée et hémiathétose symptomatiques. Dans d'autres chorées, au contraire, les gesticulations deviennent rythmées, cadencées, systématiques, et imitent des mouvements d'expression, comme la danse, ou professionnels comme les mouvements des forgerons, par exemple; ce sont les chorées rythmiques et sous ce nom Lannois comprend : 1° les chorées épidémiques, danse de Saint-Guy épidémique,

Digitized by Google

tarentisme, jumpers, etc., et les chorées rythmiques proprement dites, la chorée rythmique hystérique ou grande chorée et spasme réflexe saltatoire. Lannois élimine du cadre des chorées : le tic de Salaam, les chorées électriques de Dubini et de Bergeron, les chorées du larynx et du diaphragme. La maladie des tics convulsifs et le paramyoclonus multiplex seraient au contraire des intermédiaires entre la chorée rythmée et la chorée vulgaire. E. DESCHAMPS.

II. — Le premier cas d'Henoch concerne une fillette de 10 ans qui, à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu, eut une chorée limitée à la moitié gauche du corps, tandis qu'elle offrait de la parésie dans les membres du côté droit, spécialement au bras.

Dans le second cas, il s'agit d'une fillette de 8 ans prise, quelques jours après une peur, à la fois de chorée et d'aphasie. Les mouvements choréiques se sont apaisés sous l'influence du chloral, mais l'aphasie ne s'est pas modifiée. Lorsque l'enfant essaye de parler, tous les muscles de sa face sont animés des mouvements les plus vifs; mais il n'y a aucune émission de son. Henoch ne croit pas qu'il s'agisse ici d'une perte de la parole par troubles de la coordination linguale, il admet une aphasie de cause centrale par analogie aux anomalies intellectuelles qu'on observe assez souvent dans la chorée.

Dans la discussion, *Oppenheim* cite un fait de la clinique de Westphal où une chorée au début simula tout à fait une hémiparésie. J. B.

III. — Les conclusions de ce mémoire ne sont pas en faveur de l'idée que l'embolisme capillaire est la cause de la chorée : et, d'autre part, l'auteur ne croit pas, avec Stinger, que la chorée soit une maladie purement fonctionnelle. Il admet que le plus grand nombre des cas de chorée relèvent d'une localisation du rhumatisme dans les centres nerveux moteurs : l'association très fréquente de la chorée avec le rhumatisme, l'endocardite, l'érythème noueux, les nodosités rhumatismales sous-cutanées, les érythèmes superficiels de la peau, le démontre. Il est rationnel de supposer que chez les choréiques existent des lésions congestives et fluxionnaires dans les tissus périvasculaires de l'appareil moteur du cerveau. L'embolie capillaire peut jouer un rôle pathogénique, mais rarement. La frayeur intervient peut-être aussi en ligne de compte comme cause déterminante en donnant lieu à un ébranlement fonctionnel du système nerveux. (Voy. *R. S. M.*, XXVIII, 43.) H. R.

IV. — 1er cas. Femme mariée, âgée de 60 ans, n'ayant jamais été ni menstruée ni enceinte et n'ayant fait aucune maladie. Depuis 5 ans, elle a des troubles de mouvement qu'on a dit être une danse de Saint-Guy, et depuis 2 ans elle a commencé à donner des signes d'aliénation mentale.

Durant la veille, tous les muscles de la malade sont en mouvement presque continu. La tête est projetée ou tournée dans toutes les directions ainsi que les yeux, le front se ride, les paupières se closent, la bouche s'ouvre et se ferme alternativement; la langue se meut en tous sens dans la bouche. Le langage est troublé à la fois par cette incessante agitation linguale et par des contractions spasmodiques du diaphragme et des muscles abdominaux qui rendent la parole saccadée, intermittente, explosive. Respiration inégalement profonde, parfois suspirieuse. Le tronc se fléchit et s'incline en tous sens. Les avant-bras se démènent dans les directions les plus diverses. Les doigts exécutent des mouvements d'extension et de flexion non rythmiques. La malade mange et boit sans difficulté, sans rien renverser, malgré la persistance des mouvements du reste du corps, mais son écriture est illisible, non que les traits soient troublés, mais parce qu'ils se confondent les uns dans les autres. La marche est rendue difficile par les mouvements anormaux du tronc et des

Digitized by Google

membres. Les pieds sont un peu projetés, les genoux se fléchissent, et la plante ne vient toucher le sol que par son extrémité antérieure ou bien les orteils se redressent sur la face dorsale. La femme se tient assez bien sur une de ses jambes, la clôture des yeux n'exagère pas les accidents. Les réflexes tendineux sont très accusés au niveau des genoux et cous-de-pied. Excitabilité faradique des muscles normale. Diminution de la sensibilité à la douleur, mais, vu l'état mental de la malade, une exploration minutieuse est impossible. Dans la station assise, les pieds frappent le sol à coups répétés et les autres mouvements persistent bien qu'atténués. Pendant le sommeil, tous les troubles cessent; au contraire, ils s'exagèrent quand la malade est émue ou se sait observée.

Son humeur devient de plus en plus irritable, sa mémoire est affaiblie, parfois elle divague.

2e Cas. Sœur cadette de la précédente, âgée de 52 ans, mariée, réglée régulièrement depuis l'âge de 21 ans et mère de 5 enfants. Début des troubles musculaires il y a 13 ans, et des troubles mentaux il y a 10 ans. Cette femme, jusque-là intelligente et laborieuse, se mit à négliger son ménage, à se plaindre d'être volée tout en dérobant aux autres tout ce qui se trouvait à sa portée. Du côté de l'appareil locomoteur, elle offre des phénomènes morbides analogues à ceux de son aînée. Pupille droite dilatée. Marche normale. Les traits de l'écriture sont troublés et souvent non reliés entre eux. Peu à peu elle se mit à maltraiter son mari et à arrêter les gens dans la rue en les accusant de vol; elle avait des périodes d'agitation diurne et nocturne pendant lesquelles elle allait chez elle et se barbouillait avec ses excréments, puis survint une phase de mégalomanie qui se termina par de la démence. Réflexes rotuliens très marqués, mais, pas plus que chez sa sœur, la percussion des muscles ne détermine de bourrelets.

Voici ce que Peretti a pu apprendre sur les antécédents héréditaires de ces femmes. Les premiers renseignements certains concernent leur grand'mère paternelle qui avait à la fois des mouvements choréiformes et l'esprit un peu dérangé. La tradition publique ajoute que ses parents et ses grands-parents avaient offert la même affection. Quoi qu'il en soit, elle eut 4 enfants, 3 filles et un garçon (le père des deux malades ci-dessus) : le 2e (une fille) et le dernier enfant (le garçon) héritèrent seuls de l'affection maternelle qu'ils transmirent à leur progéniture. Tous leurs descendants, en effet, sur lesquels on a pu obtenir des informations ont présenté ce mélange de troubles locomoteurs et psychiques qui n'apparut chez eux qu'à partir de la quarantaine. Peretti a compté ainsi 12 cas bien avérés de la névrose. J. B.

V. — Appliquer aux névroses la méthode anatomo-clinique qui a conduit, dans les maladies organiques, aux résultats les plus certains et les plus satisfaisants, essayer de localiser le processus morbide dans les névroses, tel était le but que Grenier devait chercher à atteindre.

« Les névroses se comportent, dit-il, comme les maladies organiques : elles ont la même allure, les mêmes modalités, la même symptomatologie; pourquoi ne pas tenter de leur appliquer les mêmes localisations? » La seule différence est que dans la névrose la lésion est dynamique, alors qu'elle est matérielle dans le cas de maladie organique. C'est ainsi que l'hystérie devrait être rattachée à une altération dynamique de la totalité d'un hémisphère; la chorée serait due à une irritation des centres nerveux se localisant à la partie postérieure du pied de la couronne rayonnante. Les hypothèses sont nombreuses pour l'épilepsie; cependant Grenier croit que l'attaque épileptique doit procéder

Digitized by Google

de lésions dynamiques ayant la même localisation que les lésions matérielles de l'épilepsie symptomatique, et que l'altération corticale doit englober, outre la zone motrice, la presque totalité de l'écorce des hémisphères.

Dans un court appendice sont étudiés la maladie de Parkinson, la neurasthénie, le goître exophtalmique, la migraine, le tétanos; mais on ne sait rien de précis sur leur pathogénie. E. DESCHAMPS.

VI. — S'appuyant sur l'autorité de Charcot, Weill réserve le nom de vertige « à cet état dans lequel le malade a des sensations d'instabilité de son propre corps, qui lui paraît animé d'oscillations, de mouvements, de déplacement rectiligne ou circulaire, dans lequel le sol paraît s'effondrer ou balancer comme la surface de la mer, qui provoque des mouvements apparents dans les objets que nous voyons et qui s'accompagne parfois de véritables mouvements de titubation ou de chutes. Mais quelles que soient les sensations illusoires qui se présentent au malade, celui-ci garde sa connaissance complète et peut toujours rendre compte de ce qu'il a éprouvé ». Le vertige, ainsi défini, comprend encore un nombre considérable de variétés. Partant de la physiologie de l'équilibration, Weill les divise en vertiges par troubles de l'appareil d'équilibration réflexe, et en vertiges par troubles du mécanisme sensoriel d'équilibration. Dans le premier groupe, il étudie le vertige de Ménière, le vertige par lésions du cervelet, le vertige par affections organiques du système nerveux à siège variable : affections cérébrales, tabes dorsal, sclérose en plaques. Les vertiges des névroses, les vertiges par troubles circulatoires (chlorose cardiaque, etc.), les vertiges réflexes (gastrique) et les vertiges dyscrasiques (impaludisme, migraine, goutte, quinine, solanées, tabac, alcool, etc.) font aussi partie de ce groupe. Dans le second groupe se trouvent le vertige visuel par (diplopie, strabisme, etc.) et le vertige mixte, c'est-à-dire le vertige par rotation (valse) et le mal de mer.

E. DESCHAMPS.

VII. — Après avoir décrit dans un premier chapitre la migraine vulgaire et la migraine ophtalmique ou scotome scintillant, Sarda étudie dans le second l'étiologie des migraines. Après avoir montré dans quelles conditions survient l'accès, il recherche les causes générales, les causes vraies de l'affection, c'est-à-dire l'influence de l'hérédité, et l'influence des diathèses : goutte, rhumatisme, affections cutanées, scrofule, tuberculose, syphilis, impaludisme, anémie, maladies nerveuses.

Le 3e et le 4e chapitre sont réservés à l'étude physiologique de la migraine, à son pronostic, son diagnostic et son traitement. La pathogénie est surtout intéressante. On sait que Du Bois Reymond considère la migraine comme un tétanos de la membrane musculaire des artères de la moitié « de la tête qui souffre, tétanos sous la dépendance de la portion du grand sympathique » du même côté; pour lui, c'est à l'excitation du grand sympathique que sont dus la douleur, les vomissements et l'éblouissement. Mollendorf, migraineux comme Du Bois Reymond, s'observe aussi lui-même, et admet au contraire l'hypothèse d'une paralysie du grand sympathique. Eulenburg, trouvant les vaisseaux tantôt dilatés, tantôt contractés, admet deux formes de migraines, la sympathico-tonique et l'angio-paralytique. Il y a donc des migraines vaso-

Digitized by Google

constrictives et des migraines vaso-dilatatrices. Enfin Liveing veut que l'accès de la migraine soit une décharge du système nerveux, ce serait une sorte d'orage nerveux. Sarda, d'accord en cela avec Gubler et Bordier, Huchard, Grasset, admet les troubles dus à l'influence du grand sympathique et du pneumogastrique (troubles circulatoires, vomissements), mais attribue aussi un rôle important au trijumeau, auquel il faut rattacher la douleur. C'est une théorie éclectique, beaucoup plus en rapport avec l'ensemble des faits. E. DESCHAMPS.

VIII. — Sous le nom de migraine myalgique ou myopathique, Rosenbach décrit une forme de migraine qui paraît dépendre d'altérations des muscles de la tête et du cou. Au lieu de trouver des symptômes oculaires d'une part et d'autre part des points douloureux sur les rameaux nerveux, on constate l'endolorissement des muscles : le frontal, l'occipital, le temporal, le sterno-mastoïdien, la partie cervicale du trapèze, soit au niveau de leurs insertions, soit sur différents points des masses contractiles. Les scalènes et le grand pectoral peuvent participer également au processus.

Il y a dans la tête un retentissement douloureux des battements artériels. L'hyperesthésie de la peau accompagne celle des muscles. Les vomissements sont rares, les nausées fréquentes. Cette variété de migraine se produit généralement le matin au réveil, à la suite des fatigues de la soirée.

La migraine myopathique peut être traitée par les courants continus, et, mieux encore, par le massage. L. GALLIARD.

IX. — Chez 4 malades âgés de 74 à 83 ans, atteints de paralysie agitante, Grashey a étudié avec les instruments de Marey le rythme du tremblement et les circonstances capables de le modifier. Voici les principaux faits constatés :

Chez un même malade, les oscillations simultanées des divers organes ont parfois une durée complètement identique, mais généralement elles n'ont qu'une durée approximativement semblable. Lorsque la température du corps s'élève à 38°,5, le tremblement persiste jusque pendant le sommeil. Une légère attaque d'apoplexie occasionnant une parésie de la moitié droite du corps eut aussi pour effet de faire cesser le tremblement dans les deux mains et dans la langue.

Le tremblement diurne de la paralysie agitante cesse tant que les malades restent au repos sans songer à rien; mais il reparaît dès que leur attention s'éveille ou qu'ils font le moindre mouvement. J. B.

X. — Siotis étudie spécialement la déformation du pouce chez les malades atteints de paralysie agitante. Par suite de son application prolongée sur l'index, le pouce présente un aplatissement d'avant en arrière, plus prononcé en dedans, des parties molles de sa phalange unguéale, qui ne se rencontre dans aucune autre déformation. L'auteur compare à ce point de vue les malformations produites par le rhumatisme chronique et par les contractions permanentes.

Cette déformation de la paralysie agitante tient à la raideur musculaire de plus en plus prépondérante à mesure que progresse la maladie. H. R.

XI. — Considérant le sommeil non naturel comme une entité pathologique, capable de présenter des modalités diverses, mais conservant néanmoins dans ses manifestations une certaine unité, un certain

Digitized by Google

ensemble, H. Barth étudie dans sa thèse les formes pathologiques du sommeil nerveux et ses formes expérimentales. De là, deux parties dans son travail.

Dans la première partie, nous trouvons les maladies du sommeil. C'est tout d'abord le somnambulisme naturel et les divers états qui s'y rattachent : noctambulisme ou rêve en action, somnambulisme proprement dit, somnambulisme avec extase, somnambulisme à l'état de veille ou cérébration inconsciente, somnambulisme périodique et doublement de la personnalité. Après nous avoir indiqué les caractères généraux du somnambulisme, après nous avoir montré l'état physique et mental du somnambule, H. Barth nous donne une bonne description de chacune de ces formes, de chacun de ces degrés de somnambulisme. Mais ainsi qu'il le fait remarquer, « si l'on parcourt avec attention les observations de somnambulisme spontané dispersées dans les auteurs, il est aisé de se convaincre que cette affection, que ce symptôme pour mieux dire, est toujours précédé et accompagné d'autres manifestations révélant un état pathologique du système nerveux », quelquefois l'épilepsie, idiopathique ou consécutive à un traumatisme du crâne, mais surtout l'hystérie.

Barth décrit ensuite le sommeil léthargique et les attaques du sommeil : narcolepsie ou somnolence invincible, attaques de sommeil, mort apparente, hypnose ou maladie du sommeil des nègres ; puis, dans un 3e chapitre, la catalepsie.

Enfin il étudie les relations qui existent entre les diverses formes du sommeil pathologique, et conclut « que tous les sommeils non naturels sont proches parents, qu'ils peuvent se succéder ou se transformer l'un dans l'autre chez le même sujet, enfin qu'ils appartiennent en réalité à un même état morbide, à cette maladie protéiforme qui prend dans la pathologie moderne une place chaque jour plus grande, qui, pour mieux dire, est en train de constituer une pathologie nouvelle à côté de l'ancienne, maladie *sine materiâ* que, dans l'ignorance où nous sommes de sa véritable nature, nous sommes réduits à appeler l'état nerveux ».

La 2e partie de la thèse de Barth est consacrée à l'étude de l'hypnotisme ou sommeil nerveux provoqué. Après avoir jeté un rapide coup d'œil sur l'historique de l'hypnotisme, il énumère les divers moyens par lesquels on peut provoquer le sommeil nerveux, il décrit ensuite les symptômes et les phases de l'hypnose, tels qu'on les observe tous les jours à la Salpêtrière, et après ce tableau général il analyse chacun des phénomènes constatés, en s'inspirant surtout pour cette étude des travaux de Charcot et de ses élèves. Quant à la pathogénie des phénomènes du sommeil nerveux, il admet « avec Brown-Séquard et Heidenhain que, chez les individus prédisposés, une excitation faible et continue (ou au contraire brusque et violente) amenée au cerveau par les nerfs périphériques, ou suscitée en lui par le travail de l'imagination, peut déterminer par voie d'inhibition la paralysie fonctionnelle de certains éléments nerveux, en exciter d'autres directement, ou par suppression des influences qui modéraient leur action et produire ainsi des états anormaux dont la caractéristique est la dissociation de l'activité cérébrale, l'exaltation de certaines fonctions au détriment des autres ».

Barth termine son travail par quelques considérations sur les applications thérapeutiques et médico-légales de l'hynotisme. E. DESCHAMPS.

Digitized by Google

XII. — Debove a observé chez une malade, presque toutes les semaines, les élévations de température brusques et considérables qui paraissent ne devoir reconnaître d'autre cause que l'hystérie. En outre, pendant les trois mois de novembre, décembre et janvier, il s'est produit une fièvre continue également d'origine nerveuse avec des températures qui, plusieurs jours de suite, ont atteint et dépassé 41° (matin et soir). Il n'y avait pour ainsi dire pas d'exacerbation vespérale. Les accidents ont duré trois mois et n'ont été accompagnés d'aucun trouble, ni de l'appareil digestif, ni d'aucun organe. Le soir, vers 7 heures, survenaient de grandes attaques de nerfs qui se prolongaient sans interruption jusque vers une heure du matin.

La guérison est survenue d'une manière pour ainsi dire instantanée, sans aucune convalescence, l'amaigrissement et la perte des forces étant très peu prononcés.

Ce fait tendrait à démontrer que l'hyperthermie ne constitue pas un aussi grand danger que le pensent beaucoup de médecins. RICHARDIÈRE.

XIII. — Sous ce titre, Lober décrit tout un groupe de troubles moteurs et sensitifs provoqués, chez des sujets prédisposés, par autosuggestion consécutive à une émotion, à un traumatisme ou à l'incitation.

Les paralysies psychiques, qui n'atteignent que les muscles de la volonté, surviennent en général brusquement, sans perte de connaissance, assez souvent pendant la nuit; elles s'accompagnent d'anesthésie au contact, à la douleur, à la température; le sens musculaire est aboli, il n'y a pas d'atrophie; on note en même temps d'autres troubles nerveux : obnubilation ou perte de l'ouïe, du goût, de l'odorat, diminution de l'acuité visuelle, anesthésie du pharynx, points hystérogènes, etc.

Les contractures surviennent brusquement comme les paralysies, sont permanentes et se localisent de préférence aux membres supérieurs et inférieurs et surtout à l'extrémité des membres; dans quelques cas rares, elles peuvent être limitées à un seul muscle (trismus, torticolis) ou à un seul organe (langue, pharynx, œsophage). Elles s'accompagnent presque toujours d'hyperesthésie.

Dans certains cas, l'hyperesthésie devient le phénomène capital : c'est alors qu'on observe des névralgies, des gastralgies, des dermalgies, des arthralgies d'un diagnostic parfois si délicat.

Tous ces accidents relèvent d'une même cause générale, l'hystérie. Un traumatisme, une émotion, l'incitation, l'autosuggestion en sont les causes déterminantes; ce sont là, en effet, des phénomènes absolument analogues à ceux que l'on peut reproduire dans l'hypnotisme, et susceptibles par conséquent du même traitement. La suggestion sera leur meilleur moyen thérapeutique. E. DESCHAMPS.

XIV. — X..., âgé de 19 ans, héréditairement névropathe, tombe en 1880 d'une faible hauteur, les mains en avant; dès ce moment, il éprouve de vives douleurs dans le bras gauche, d'abord limitées à l'avant-bras et à la main, puis étendues à l'épaule, et s'accompagnant d'une impotence fonctionnelle de plus en plus grande, complète au bout de huit jours. C'était une paralysie spasmodique, rigide, accompagnée de contracture; la sensibilité était exaltée et pervertie; un an plus tard, quelques séances d'électricité continue transformèrent la paralysie rigide en paralysie flasque et anesthésique; cet état dura deux ans sans modification notable; puis une série de séances de massage amena en huit jours la guérison complète et soudaine du matin au soir. Au

Digitized by Google

mois de décembre dernier, le malade se frappe la tête contre une porte et est pris de douleurs violentes et d'épistaxis profuses presque périodiques, survenant et s'arrêtant brusquement. Actuellement il présente deux plaques d'hyperalgésie cutanée très vive, au mamelon gauche et entre les épaules; en outre, rétrécissement du champ visuel, hallucinations nocturnes, instabilité psychique, etc.

Le point spécialement intéressant est le suivant : quelques semaines après le début des accidents paralytiques, on constata une diminution progressive des masses musculaires de l'avant-bras et du bras, puis une véritable atrophie; en même temps le membre paralysé était froid et pendant les trois années de paralysie les ongles de la main gauche auraient cessé de pousser. Une fois la paralysie guérie, les muscles atrophiés commencèrent peu à peu à se réparer, et la restauration dura environ un an et demi; depuis lors, soit environ vingt mois, l'état local est resté stationnaire. Or, aujourd'hui, on note : 1° une atrophie musculaire notable portant sur tout le membre supérieur gauche et sur les muscles voisins du tronc, pectoraux, grand dentelé, trapèze, dorsaux; 2° une atrophie osseuse des plus nettes; circonférence du poignet à droite 17 centimètres, à gauche 16 centimètres; longueur de l'extrémité du médius au pli radio-carpien, à droite 20 centimètres, à gauche 19 centimètres; longueur du cubitus, à droite 27 centimètres, à gauche 24 centimètres; les réflexes brachiaux et antibrachiaux, sensibles à droite, sont abolis à gauche.

En résumé, la monoplégie hystérique a déterminé un arrêt de développement manifeste de l'os. H. L.

XV. — L'amyotrophie a été observée chez 4 malades, atteints, 2 de monoplégie brachiale, 2 d'hémiplégie, avec intégrité de la face : elle se présentait dans les conditions suivantes. Pas de secousses fibrillaires; excitabilité idio-musculaire normale; contractilité électrique diminuée; mais pas de réaction de dégénérescence; marche rapide de l'atrophie, quinze jours à un mois; rétrocession également rapide. Babinski admet qu'il y a une atrophie simple, sans lésion matérielle neuro-médullaire, mais résultant de troubles trophiques, d'ordre purement dynamique, de la moelle. Il établit un rapprochement avec les atrophies consécutives aux arthropathies, d'origine réflexe, et les amyotrophies d'origine cérébrale. H. L.

XVI. — Nous donnons ici les principales conclusions du travail de Rossoni, qui renferme des observations intéressantes :

L'anurie est un phénomène qui n'est pas très rare dans l'hystérie : elle paraît liée à des troubles mystérieux encore de la nutrition et peut-être à un état de neurasthénie atteignant plus spécialement le système qui préside à la sécrétion du rein. Une hystérique peut supporter cette anurie assez longtemps en raison de cet état spécial de la nutrition; l'anurie n'est pas toujours nécessairement compensée par les vomissements, car ceux-ci peuvent manquer et tous les vomissements qui ont lieu pendant l'anurie ne sont pas nécessairement sous sa dépendance. Chez les hystériques, la suspension de la fonction des reins entraîne la sécrétion dans l'estomac d'un liquide qui a toutes les propriétés physiques et chimiques de l'urine normale. L'activité de cette sécrétion urinaire n'est pas en rapport inverse avec celle des reins : elle peut se suspendre pendant un temps plus ou moins long, sans que le rein recommence à sécréter. L'absence des vomissements de liquide urineux ne peut faire nier l'anurie hystérique. Dans certains cas d'anurie hystérique, la pilocar-

Digitized by Google

pine peut réveiller temporairement la fonction rénale; elle peut même déterminer la sécrétion d'une salive ayant tous les caractères physiques et chimiques de l'urine normale.

L'urée introduite dans la circulation chez une hystérique anurique et sans vomissements urineux détermine des accès urineux.

On peut au contraire introduire artificiellement dans la circulation, et cela sans accidents, de l'urée jusqu'à la dose de 16 grammes, même dans un temps court, chez des sujets hystériques, avec anurie, lorsqu'il y a des vomissements urineux. Il n'y a pas identité entre l'état où se trouve l'hystérique anurique et les urémiques par néphrite, et les animaux auxquels on a enlevé les reins ou bien les uretères. F. BALZER.

XVII. — Femme de 26 ans, se plaignant comme symptôme principal, de faiblesse des membres et de spasmes des extrémités inférieures. L'affection est survenue brusquement, il y a deux ans, à la suite d'un mal de tête subit, accompagné de vomissements. Depuis lors, elle est sujette à des accès de tremblement spasmodique des jambes, sans perte de connaissance.

Au physique, c'est une femme robuste, bien équilibrée, nullement hystérique, sans troubles des organes des sens; elle marche bien, mais, au bout de peu de temps est prise de ses secousses; dans l'intervalle, elle n'a ni contracture, ni incoordination motrice. Plusieurs fois par jour, elle est atteinte d'une contraction spasmodique de tous les muscles d'un membre, avec rigidité absolue pendant quelques minutes; ces crises occupent les membres séparément ou simultanément; ils atteignent même les muscles du pharynx et du larynx.

Le fait le plus saillant de cet état singulier est l'exagération excessive de la contraction tonique, musculaire, tendineuse à la pression. Une petite secousse sur la région frontale fait contracter les paupières spasmodiquement; sur la mâchoire, produit des secousses rythmiques du masséter; pour les membres, la percussion du tendon rotulien développe comme des secousses électriques.

Sous l'influence du chloral à haute dose, cette singulière excitabilité du système nerveux disparut. L'auteur croit qu'il s'agissait d'une augmentation de la réflectivité cérébro-spinale, et non d'un état particulier des nerfs périphériques ou de la fibre musculaire. H. R.

XVIII. — Dans deux cas de maladie de Thomsen, Erb a étudié avec soin la manière différente dont se comportent les nerfs moteurs et les muscles sous l'influence des excitants mécaniques et de l'électricité.

A. *Nerfs moteurs.* — Excitabilité mécanique affaiblie, excitabilité faradique normale seulement quantitativement avec tous les courants peu énergiques, contractions longtemps persistantes; excitabilité galvanique normale quantitativement et qualitativement, à part un peu de lenteur à la fermeture du pôle négatif; contractions courtes ne se prolongeant qu'avec des courants labiles.

B. *Muscles.* — Excitabilité mécanique accrue; excitabilité faradique assez énergique; prolongation très marquée des contractions durant 10-30 secondes; excitabilité galvanique augmentée; contractions uniquement à la fermeture pour les deux pôles; lenteur remarquable et persistance très grande des contractions; enfin, avec les courants stables, contractions onduleuses rythmiques partant toujours du pôle négatif.

Erb propose de désigner l'ensemble de ces modifications dans l'excitabilité de tout le système des muscles volontaires, par les termes de *réaction électrique myotonique.*

Digitized by Google

Contrairement à d'autres observateurs, Erb a trouvé sur des tronçons de muscles excisés des altérations très notables, telles qu'une hypertrophie considérable des fibres musculaires et une très forte augmentation des noyaux du sarcolemme. J. B.

XIX. — La cardialgie myopathique se distingue des autres variétés de cardialgie par l'existence de douleurs non seulement à l'épigastre, mais au côté gauche de la poitrine, au dos et même au niveau des masses musculaires d'autres régions (jambes, bras); par les relations pathogéniques avec les fatigues exagérées.

Elle s'observe chez les sujets prédisposés aux myopathies en général, surtout chez les jeunes filles et les femmes. Tous les mouvements du tronc sont pénibles et les malades ne sont soulagés qu'en restant sur le dos, la tête un peu relevée. La digestion exaspère les souffrances.

Cette cardialgie n'est autre chose qu'une myopathie des muscles supérieurs de l'abdomen et inférieurs du dos.

Elle doit être traitée par le massage.

Il faut se garder de prescrire aux malades un régime débilitant sous prétexte de diminuer les douleurs de la période de digestion.

GALLIARD.

XX. — Les faits publiés par West sont des exemples de stupeur comateuse, de paraplégie survenus brusquement chez des enfants sous l'influence d'impression morale vive; l'observation V concerne une fillette de 13 ans qui, à la suite d'une frayeur, fut atteinte de somnambulisme. Nous nous contentons de les signaler.

L'observation II nous semble mériter un résumé plus complet. Il s'agit d'une cuisinière de 26 ans, sujette depuis son enfance à des attaques nerveuses indéterminées, peut-être épileptiques, et à des douleurs vagues dans les membres supérieurs.

En novembre 1884, elle ressent au genou gauche une douleur qui est prise pour du rhumatisme. Cependant, au commencement de janvier, la jambe gauche devient le siège de tremblements rythmiques. Le 28 février, survint un évanouissement avec perte de connaissance; à son réveil, les deux bras, ainsi que la jambe droite, tremblent de la même manière. La malade ne souffre pas d'ailleurs, sauf d'une douleur de tête frontale.

L'apparence extérieure de ce tremblement est celle de la paralysie agitante; oscillations permanentes à l'état de veille, rythmiques, sans grande étendue, cessant pendant le sommeil, augmentant à l'occasion des mouvements volontaires et sous l'influence d'une émotion : réactions électriques normales. Il existe une anesthésie bilatérale très marquée, inégalement répartie : les réflexes sont diminués.

Ce tremblement disparut progressivement ; mais en même temps apparurent des attaques nerveuses rappelant les crises cloniques de l'hystérie.

H. R.

I.— Ein Fall von Paramyoclonus multiplex (Myoclonia congenita), par SEELIGMÜLLER (*Deutsche medic. Woch.*, *n° 24, p.* 405, 1886).

II. — Un nuovo caso di mioclonus multiplex, par G. SILVESTRINI (*Medicina contemporanea, mai*, 1886).

I.— L'auteur propose d'appeler *myoclonia congenita* l'affection décrite par Friedreich sous le nom de paramyoclonus multiple. Il publie une observation qui se distingue des cas de Friedreich et de Löwenfeld par plu-

Digitized by Google

sieurs particularités : l'existence de secousses convulsives des muscles de la face (orbiculaire des paupières, muscles de la bouche) ; les bruits respiratoires, etc., dans l'inspiration des convulsions du diaphragme, dans l'expiration celles des muscles du ventre ; l'influence des mouvements volontaires sur les secousses qui dans les autres observations se produisaient surtout au repos; l'hyperesthésie au niveau des vertèbres dorsales et lombaires.

Voici le fait :

Charpentier de 24 ans, observé le 3 mars 1886, ayant des secousses convulsives de tous les muscles volontaires.

Quand il est debout, mouvements de la rotule sous l'influence du triceps, extension et flexion alternatives des orteils, contractions des muscles du dos, de l'abdomen, de la face; les membres supérieurs sont fixes, il n'y a que des mouvements de l'épaule gauche. Mouvements exagérés de la langue quand le malade veut la montrer. Les bras s'agitent quand il cherche à exécuter un travail.

Ce jeu continuel des muscles s'exagère sous l'influence du froid ; il peut être brusquement interrompu par une surprise du sujet. Les excitations cutanées provoquent des contractions énergiques.

Exagération du réflexe rotulien. Pas de phénomène du pied. Pas d'atrophie musculaire ni de diminution de la contractilité électrique. Pas d'anesthésie.

La maladie a atteint le degré actuel de développement depuis le mois d'octobre 1885 ; mais c'est à l'âge de 5 ans qu'elle a débuté par des secousses des mains, de la tête, du cou. Elle était si peu accentuée au moment de la conscription qu'elle n'a pas empêché le sujet d'être admis dans l'armée. A la suite d'un bain froid apparurent des secousses violentes du côté gauche, et le sujet fut congédié. C'est seulement en octobre 1885 que les secousses ont atteint le côté droit : cette aggravation paraît due à l'excès de fatigue et au refroidissement.

Les accès les plus violents débutent par le dos, la nuque, puis atteignent les bras, la face. Pendant le sommeil, il n'y a jamais de contraction. Le matin, en se levant, le sujet est d'abord calme, puis les secousses se manifestent aux membres inférieurs. On entend parfois une sorte de cri éclatant.

La galvanisation produit un résultat favorable. Amélioration constatée le 10 avril. L. GALLIARD.

II. — Homme de 62 ans, meunier, s'étant exposé au froid humide. Début par un tremblement de la main droite propagé bientôt au bras correspondant, puis rapidement étendu au membre inférieur droit. Les mouvements volontaires sont parfaitement réguliers et ne sont interrompus par aucune contraction involontaire ; quand l'attention du malade est distraite, les contractions involontaires apparaissent : elles occupent la langue, le membre supérieur droit à l'exception des doigts, le membre inférieur du même côté; elles cessent quand le malade veut s'y opposer par un effort de volonté et disparaissent pendant le sommeil ; elles acquièrent leur plus grande intensité quand le malade est levé. Les réflexes sont normaux, ainsi que la sensibilité. L'auteur attribue la maladie à une modification de la nutrition des cellules ganglionnaires, mais nie qu'il y ait une hyperexcitabilité du pouvoir réflexe, puisque les réflexes étaient tous normaux. GEORGES THIBIERGE.

Ueber recidivirende Facialislähmung (Paralysie faciale récidivante), par P.-J. MÖBIUS (*Centralblatt für Nervenheilkunde*, 1er *avril* 1886).

Möbius avait déjà fait connaître un cas de paralysie faciale récidivante, (*Med. Jahrb.* t. CCVII, fasc. III, p. 249). En voici deux autres :

1° Il s'agit d'un homme de 51 ans, ayant déjà eu une paralysie faciale à

Digitized by Google

droite par refroidissement en 1868. Puis en 1876, il avait été pris d'une nouvelle paralysie faciale, mais cette fois à gauche. Enfin, en 1886, après une course dans une voiture ouverte, il vit se développer encore une fois la paralysie faciale à droite.

2° La paralysie, chez un jeune serrurier de 20 ans, avait toujours porté sur le côté gauche de la face et s'était montrée à 3 reprises différentes : à 13 ans, à 18 ans, à 20 ans; elle était due suivant toute vraisemblance à l'existence d'une otite moyenne.

L'auteur est disposé à croire que bien souvent la paralysie faciale est due à une infection, mais à une infection qui ne crée pas l'immunité, et qu'ici l'action du froid est assez comparable à ce qu'elle est dans la pneumonie. Il insiste sur les troubles sensitifs quelquefois assez accentués qui se montrent dans certains cas de paralysie faciale, et croit que ces troubles sensitifs manquent dans les cas légers et sont, par conséquent, le signe d'une forme assez grave. P. MARIE.

Ueber eine eigenthümliche Erscheinung (Mitbewegung) bei Tabes dorsalis (Sur un singulier phénomène (mouvement associé) observé dans le cours du tabes dorsalis), par R. STINTZING (*Centralblatt für Nervenheilkunde*, 1er *février* 1886).

Il s'agit d'un tabétique chez lequel, chaque fois qu'il toussait intentionnellement ou non, on voyait les deux cuisses se fléchir sur le bassin assez fortement et brusquement, sans que le malade pût s'y opposer. L'auteur ne croit pas qu'il s'agisse là d'un réflexe, car toutes ses tentatives pour faire contracter les muscles de l'abdomen ou pour exciter le phrénique n'ont pu reproduire cette flexion des cuisses ; ce serait plutôt un mouvement associé. Dans une note l'auteur ajoute qu'un cas analogue aurait été communiqué par Oppenheim à la Société des médecins de la Charité dans la séance du 20 mars 1884. P. MARIE.

Ueber eine weniger bekannte Neurose der Extremitäten (Sur une névrose peu connue des extrémités, surtout des supérieures), par M. BERNHARDT (*Cent. f. Nervenheilkunde*, 15 *janvier* 1886).

Il s'agit de troubles subjectifs de la sensibilité permanents, et avec redoublement par accès; ces troubles consistent en sensations de doigt mort, d'engourdissement, de fourmillement, de picotement; quelquefois les doigts semblent trop gros, comme s'ils allaient crever; ces sensations peuvent ou bien rester limitées aux doigts, ou le plus souvent elles occupent aussi la main, l'avant-bras, et, quand la douleur est très prononcée, elle peut se montrer même au bras ou à l'épaule. Le plus souvent l'affection est bilatérale, quelquefois elle n'occupe qu'une seule main, très rarement elle se montre aux membres inférieurs. — Ces sensations peuvent d'ailleurs n'occuper que quelques doigts ou quelques phalanges; un point important, c'est qu'elles ne semblent nullement être disposées suivant le trajet d'un nerf et que la pression des troncs nerveux ne les réveille pas. — Il n'existe que des troubles extrêmement peu prononcés des différents modes de la sensibilité ; ce n'est guère que la nuit ou le matin au réveil que ceux-ci peuvent être constatés et se montrent assez prononcés pour gêner les malades dans les travaux délicats de couture ou de tricot. Il faut noter que c'est pendant la nuit que toutes

Digitized by Google

ces sensations douloureuses sont le plus marquées, à tel point que souvent même elles troublent le sommeil. Quelquefois aussi les malades accusaient, surtout le matin au réveil, un certain degré de faiblesse dans un des membres supérieurs, ou dans les deux; mais cela était tout à fait subjectif et Bernhardt n'a pu constater par lui-même aucune diminution notable de la force musculaire. — Pas d'atrophie des muscles, pas de troubles trophiques, pas de changement dans la coloration de la peau des mains ni dans sa température, pas de gonflement des doigts ou de la main. — Aucune anomalie dans les réactions électriques.

Cette affection se rencontre surtout chez les femmes de 30 à 60 ans, et plus particulièrement de 40 à 60. — Comme étiologie, Bernhardt fait intervenir la ménopause, les travaux pénibles, les états cachectiques et surtout l'obligation de tenir longtemps les mains dans l'eau froide ou dans l'eau à des températures différentes (notamment les blanchisseuses).

Bernhardt passe en revue toutes les affections, plus ou moins analogues à celle-ci, décrites par différents auteurs; cette partie du mémoire doit être lue dans l'original; elle comprend plusieurs pages et offre un réel intérêt. (A notre avis il s'agit ici de phénomènes très fréquents chez les neurasthéniques.)

La thérapeutique devra consister dans l'éloignement de la cause pathogène, dans la galvanisation de la moelle, le massage, la faradisation de la peau avec le pinceau; la quinine, le bromure de potassium sont quelquefois utiles. P. MARIE.

Ein Fall von idiopathischem Zungenkrampf (Un cas de convulsion idiopathique de la langue), par Alb. ERLENMEYER (*Centrbl. für Nervenheilkunde* 1er *mars et* 1er *avril* 1886).

Homme de 31 ans, sans antécédents héréditaires, ayant depuis plus d'un an des secousses dans la langue survenant par accès tous les dix à quatorze jours environ; chaque accès dure plusieurs heures, entrecoupé de périodes de calme; dans ces accès, la langue éprouve d'abord un léger mouvement en arrière, puis un autre beaucoup plus violent en avant; le malade n'a pas remarqué que ces mouvements se produisissent sous une influence quelconque : la mastication, l'action de parler ne les provoquent pas. Guidé par l'aspect anémique de ce malade, Erlenmeyer le soumit aux ferrugineux et à un traitement reconstituant, et prescrivit en même temps 6 grammes de bromure, puis 3 grammes; six mois après on cessa tout traitement et depuis plusieurs années les secousses ne se sont plus montrées.

Ce travail contient aussi un rapide aperçu de cas analogues publiés par différents auteurs.

Dans une communication ultérieure sur le même cas (1er avril), Erlenmeyer rappelle une observation analogue de Remak, mais n'admet pas avec ce dernier auteur qu'il s'agisse là d'une forme d'épilepsie corticale. P. MARIE.

Digitized by Google

GYNÉCOLOGIE.

Clinical observations on the anatomical relations of the hymen, par Henry GERVIS (*St-Thomas's hosp. Rep., XIV, p.* 33).

On sait que, d'après Budin, l'hymen doit être considéré comme un prolongement de la paroi vaginale, et que l'orifice du vagin représenterait l'orifice formé par le bord libre de l'hymen. Cette manière de voir est combattue par l'auteur anglais, qui lui oppose une série de faits cliniques.

Le premier concerne une fille de 18 ans, souffrant de phénomènes douloureux à chaque époque menstruelle, par suite de la rétention des règles. Les organes génitaux externes sont parfaitement conformés et l'hymen est absolument normal. Or, le toucher rectal et l'exploration de la vessie, au moyen d'une sonde, démontrent que le vagin fait totalement défaut; il n'existe qu'une mince cloison de tissu cellulaire entre la vessie et le rectum.

Deux autres observations ont trait à des femmes ayant un utérus et un vagin doubles. Dans les deux cas, un hymen unique correspondait au double orifice vaginal, sans que l'on pût constater de traces de franges hyménéales au niveau du bord libre de la cloison, comme il devrait y en avoir si la théorie de Budin était exacte.

Enfin, dans un dernier fait, il existait chez une femme une cloison transversale complète obstruant le canal vaginal à un demi-pouce de l'orifice du vagin, lequel présentait un hymen annulaire normalement conformé. Dans ce cas encore, on ne peut admettre l'opinion de l'accoucheur français.

H. R.

Il jéquirity nella cura della metrite cronica granulosa, par BORDE (*Rivista clin. di Bol., avril* 1886).

L'auteur ne rapporte qu'un seul fait. L'injection intra-utérine du jequirity fut suivie de douleurs et de fièvre assez vive pendant quatre jours, et la malade dut garder le lit pendant une semaine. Mais l'amélioration obtenue paraît avoir été satisfaisante et durable. F. BALZER.

On serous perimetritis, par John WILLIAMS (*Transactions of the obstetrical Society of London, vol. XXVII, p.* 169, 1886).

L'auteur a eu l'occasion d'observer 3 cas de cette affection; ces observations sont intéressantes au point de vue clinique, en raison de la difficulté que présente le diagnostic entre l'hématocèle et la périmétrite séreuse. Deux des malades ont succombé, l'autopsie n'a pu être faite qu'une seule fois, la troisième malade a guéri. Les frissons ont manqué dans 1 cas, les vomissements dans 2 cas. Dans 1 des 3 cas, l'insuffisance de renseignements n'a pas permis d'établir s'il y avait une relation avec la grossesse, les 2 autres ont débuté à la suite d'un accouchement et avec les symptômes d'une affection utérine, hémorragie, perte fétide, douleur. Dans les 3 cas la péritonite paraît avoir débuté du côté droit

Digitized by Google

et dans le voisinage de l'ovaire droit. Le déplacement de l'utérus ne se produit que lorsque le liquide est enkysté, dans les 3 cas, il a eu lieu en haut et en avant, l'utérus se trouvait appliqué immédiatement derrière la paroi abdominale et le col était élevé au niveau du bord supérieur du pubis. Dans le cas où l'autopsie a été faite, on a trouvé une partie du liquide coagulé et remplissant la région supérieure et postérieure du bassin, la partie restée fluide était descendue par sa pesanteur dans la partie inférieure de l'espace de Douglas et avait été retirée par la ponction du vivant de la malade. H. DE BRINON.

Ueber die therapeutische Anwendung der Electricitaet in der kleinen Gynäkologie (Des applications thérapeutiques de l'électricité en gynécologie), par LŒWENTHAL (*Berlin. klin. Woch.*, *n*° 48, *p.* 798, 30 *novembre* 1885).

Lœwenthal recommande l'emploi des courants mixtes, dans la métrite chronique et dans les névroses génitales. Il a vu sous l'influence de ce traitement, en dix ou quinze jours, les dimensions de l'utérus se réduire de 4 centimètres; il a également guéri un cas d'hystérie grave et un d'anorexie absolue.

Le pôle négatif est placé dans l'utérus, le pôle positif doit être le plus grand possible. Les séances ne se prolongent pas au delà d'un quart d'heure. J. B.

Ueber einige Erfahrungen bei künstlicher Unterdrückung des menstruellen Blutflusses (De la suppression des règles provoquée dans un but thérapeutique), par LŒWENTHAL (*Berlin. klin. Woch.*, *n*° 47, *p.* 778, 23 *nov.* 1885).

Pour obtenir la suppression de l'écoulement menstruel, on fait rester les femmes au lit, en même temps qu'on leur pratique des injections d'eau à la température d'au moins 50 degrés centigrades; dans des cas rares on est obligé de remplacer l'eau chaude par de l'eau glacée.

28 femmes ont été traitées de cette façon : 18 étaient chloroanémiques, 2 hystériques et 3 convalescentes d'affections qui les avaient épuisées. Chez ces dernières, l'intervention n'avait d'autre but que d'abréger la convalescence et elle y a réussi. Une des hystériques a éprouvé une grande amélioration.

Quant aux chloroanémiques, elles ont toutes rapidement guéri sans autre médication, après un nombre variable (2 à 8) de suppressions artificielles du flux menstruel.

Lœwenthal n'a jamais vu cette pratique entraîner d'inconvénients.

Dans la discussion, Nieberding fait remarquer que, pour amener la suppression des règles, on peut utiliser les effets prolongés de la teinture d'iode sur la muqueuse utérine.

Dans le même but, Kugelmann se sert de l'hydrastis.

Sur une objection de Kugelmann, Lœwenthal déclare qu'il ne provoque l'aménorrhée chez les hystériques qu'autant que leurs attaques se montrent toujours après les règles, et qu'il existe de la chloroanémie; de cette façon, la suppression des menstrues n'exagère pas les troubles hystériques. J. B.

Digitized by Google

Ueber Tubenstenose mit secundärer Hypertrophie der Muscularis (Du rétrécissement des trompes de Fallope avec hypertrophie consécutive de leur tunique musculaire), par KALTENBACH (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 48, *p.* 798, 30 *novembre* 1885).

Kaltenbach signale un mode de terminaison de la salpingite blennorragique, auquel on a encore peu fait attention. Au lieu que la trompe se dilate par rétention des liquides et forme un pyosalpinx, après la mort des gonocoques et le tarissement de la suppuration, il peut se produire un rétrécissement cicatriciel du conduit tubaire et consécutivement une hypertrophie considérable de ses fibres musculaires.

Kaltenbach a soigné une femme chez laquelle cette hypertrophie provoquait, au moment des époques menstruelles, des crises douloureuses effroyables dans la région iliaque droite. L'ablation des trompes et des ovaires fit complètement cesser ces accidents. La trompe enlevée avait des parois rigides, plus épaisses que le doigt, entourant un canal très étroit. Cet énorme épaississement était dû à la fois à l'hypertrophie de la tunique musculaire, à la dilatation des vaisseaux et à des hémorragies interstitielles. J. B.

On the suppuration and discharge into mucous cavities of dermoïd cysts of the pelvis (De la suppuration et de l'évacuation dans les cavités muqueuses des kystes dermoïdes du bassin), par G.-Ernest HERMANN (*Transactions of the obstetrical Society of London, vol. XXVII, p.* 254, 1886).

Lorsqu'un kyste dermoïde du bassin s'enflamme, arrive à suppuration et s'ouvre dans une cavité muqueuse, quelle est la marche et le pronostic de l'affection? La guérison peut-elle avoir lieu spontanément? Quelle est la conduite à suivre? S'appuyant sur de nombreux faits tirés de la littérature et sur 3 observations personnelles, l'auteur répond à ces questions par les conclusions suivantes :

La suppuration d'un kyste dermoïde est quelquefois une opération favorable, susceptible d'aboutir à la guérison complète. On est surtout en droit de l'espérer lorsque le kyste est étroit et uniloculaire, et lorsqu'il s'ouvre dans le vagin.

La première indication, en cas de rupture d'un kyste, est d'évacuer son contenu, élargir l'orifice, explorer la cavité avec le doigt, enlever complètement tout ce qui est solide, sans exercer de violence sur les parois.

Si le kyste s'est ouvert dans la vessie, il vaut mieux l'évacuer par le vagin que par l'urètre. Lorsque le kyste est multiloculaire, ou ne se contracte pas rapidement après l'évacuation (évacuation incomplète), il faut s'attendre à une suppuration indéfinie, qui épuisera les forces de la malade, et l'ablation par la voie abdominale doit être faite sans retard.

H. DE BRINON.

I. — One hundred and thirty nine consecutive ovariotomies (139 opérations d'ovariotomie dans les années 1884 et 1885, sans une mort), par LAWSON TAIT (*Brit. med. journ. p.* 921, *mai* 1886).

II. — Twenty five (25) cases of abdominal section in the Bristol royal Infirmary, par Greig SMITH (*The Lancet*, 17 *janv.* 1885).

Digitized by Google

III. — Remarques cliniques sur une quatrième série de 25 ovariotomies, par F. TERRIER (*Rev. de chir.*, n° 3, 10 *mars*).

IV. — Kyste de l'ovaire à paroi interne végétante traité anciennement par les injections de chlorure de zinc. Reproduction du liquide plusieurs fois. Mort par accidents éloignés. Curieuses modifications du kyste, par TERRILLON (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1886, *t. XII*, n° 3, *p.* 150, 152).

V. — Suture immédiate et complète de la vessie incisée dans une ovariotomie; guérison, par J. REVERDIN (de Genève) (*Ann. des mal. des org. gén. urin.*, *janv.* 1886).

VI. — Case of ovariotomy in Rome, par THOMPSON (*The Lancet*, 12 *déc.* 1885).

I. — Lawson Tait fait suivre le tableau de ses 139 succès d'ovariotomie des réflexions ci-jointes :

A la plus légère indication de péritonite après une ovariotomie, il faut donner un purgatif, loin d'immobiliser l'intestin comme on le recommandait toujours il y a dix ans.

La péritonite qui, autrefois contre-indiquait toute opération utérine, est maintenant l'indication la plus pressante d'intervenir.

L. Tait cite l'histoire d'une fille de 14 ans, à laquelle il avait extirpé, en juillet 1884, un kyste ovarien, et qui, au mois de mars 1885, vit se produire deux tumeurs pelviennes, en même temps que s'allumait la fièvre. On pouvait croire à un cancer; l'auteur proposa la réouverture de l'abdomen, et l'on tomba sur deux kystes péritonéaux suppurés, qui guérirent; sans la seconde opération, l'enfant eût infailliblement succombé.

Il faut se garder de ponctionner les kystes, comme le conseille Spencer Wells; le premier, le seul traitement, est de les enlever.

Relativement au pansement de la plaie abdominale, il faut suturer toute la paroi, y compris les muscles et les tendons; le traitement du pédicule est également changé. On a abandonné l'usage du clamp pour adopter la méthode intrapéritonéale, la ligature avec le fil de soie. Le lavage du péritoine, au lieu de se faire avec des éponges, doit être fait avec des injections d'eau chaude largement pratiquées, jusqu'à ce que l'eau s'écoule limpide; l'auteur ne se sert même pas d'eau phéniquée ni boriquée : c'est l'eau pure, simplement chauffée; il se soucie peu qu'elle renferme ou non des germes, pourvu qu'elle ait bouilli et qu'on en use largement. H. R.

II. — Cette statistique, la première publiée par l'auteur, comprend 17 cas de kyste ovarique, 2 de tumeurs solides de l'ovaire, 2 de salpingite purulente, 1 de salpingite hémorragique et 3 laparatomies exploratrices. Toutes ces opérations ont été pratiquées à l'hôpital de Bristol, vieux bâtiment, souvent encombré, dont les conditions hygiéniques laissent fort à désirer. On a eu soin de maintenir le listérisme le plus rigoureux. Toutes les malades ont guéri, sauf une qui, au cinquième jour, a été atteinte de volvulus et a succombé en vingt-quatre heures. H. BARTH.

III. — Après avoir passé en revue, comme dans les autres séries que Terrier a déjà publiées, l'âge de ses malades, le peu d'influence des kystes sur la menstruation, l'auteur fait remarquer que leur évolution rapide semble donner lieu à des phénomènes locaux et généraux plus accusés.

L'ascite résulte non seulement des tumeurs solides ou des végétations

Digitized by Google

polypiformes des ovaires, mais aussi de cancer concomitant du péritoine et de la dégénérescence de la paroi kystique de certaines tumeurs kystiques. Cette altération de la surface des néoformations kystiques paraît développer une péritonite chronique avec hypersécrétion de la séreuse, une irritation péritonéale comme on l'a dit.

Les accidents pleurétiques, précédant ou suivant l'intervention chirurgicale, ne sont pas exceptionnels et méritent de fixer l'attention des chirurgiens, en ce sens qu'ils ne paraissent pas très explicables au moins jusqu'ici.

Les troubles de la miction sont assez exceptionnels et ont moins d'importance que ceux de la sécrétion urinaire. La diminution comporte un pronostic réservé, et son altération par la présence de l'albumine, fût-elle en très petite quantité, paraît d'un pronostic très grave. Notons que Terrier n'a pas rencontré de glycosurie sur les 100 opérations qu'il a publiées jusqu'ici.

Les opérations incomplètes donnent toujours des résultats médiocres et sont d'un pronostic sérieux. Peut-être pourrait-on améliorer ces résultats en pratiquant des ligatures atrophiantes sur les pédicules des tumeurs vasculaires, qu'on ne peut enlever.

La méthode de Lister paraît parfaitement applicable à l'ovariotomie et les résultats que T. en a obtenus jusqu'ici plaident en faveur de cette conclusion. OZENNE.

IV. — Femme de 49 ans, morte à la Salpêtrière. Cinq ans avant, T. Anger lui avait fait, pour un kyste de l'ovaire, datant d'un an, une injection de chlorure de zinc, qui fut suivie, au dire de la malade, d'accidents péritonéaux assez sérieux. Cette injection fut répétée deux fois, sans avoir les mêmes inconvénients. La tumeur ne continua pas moins à se remplir et nécessita depuis plusieurs ponctions. En outre, à partir de ce moment, la malade éprouva constamment des douleurs violentes avec tiraillements pénibles dans l'abdomen, ce qui l'affaiblit considérablement et la mit dans un état d'impotence absolue. Terrillon lui fit en deux ans trois ponctions de 15 litres chacune environ, dont le liquide verdâtre ne contenait pas de paralbumine. Elle succomba à des accidents de cause obscure, semblant surtout hépatiques.

A l'autopsie, on trouve le kyste adhérent seulement à l'utérus, auquel il est intimement uni. Les parois sont denses et ratatinées, leur face interne est tapissée, par place, de fongosités atrophiées. On y trouve 3 ou 4 kystes secondaires, à parois épaisses et atrophiées; enfin, de grosses brides fibreuses et dures traversent le kyste. Il est certain qu'on est en présence d'un kyste flétri, et dont l'activité secrétante est en partie réduite. Les parois épaisses des kystes présentaient les caractères histologiques du tissu fibreux dense, sans traces de sarcome ou d'épithéliome.

Le reste de l'abdomen montre des adhérences anciennes et fibreuses des anses intestinales entre elles et aux parties voisines. Une anse d'intestin grêle est très adhérente à la face inférieure du foie; à ce niveau s'est développé un abcès stercoro-biliaire, creusé dans le parenchyme hépatique, qui doit avoir été la cause des accidents mortels. Les adhérences multiples expliquent les douleurs permanentes de la malade; elles paraissent dues à la péritonite consécutive aux injections irritantes. M. HACHE.

V. — Dans le cours d'une ovariotomie, la vessie fut coupée sur une longueur de 6 centimètres environ, au sommet de l'organe.

Trois points de suture de Lembert au catgut ferment d'abord la partie péritonéale de la plaie vésicale, sans comprendre la muqueuse dans la suture; puis, la plaie de la face antérieure est réunie par quatre points de Lembert

Digitized by Google

et une suture en surjet. Le bord du péritoine est cousu en avant à la paroi abdominale et les deux faces de la séreuse sont rapprochés au-dessus de la vessie. — Suture complète de la plaie abdominale; sonde à demeure par l'urètre.

Suites normales ; dès le lendemain, on commence et l'on continue matin et soir de petits lavages vésicaux avec la solution tiède d'acide borique à 4 0/0. Guérison complète ; à la sortie de la malade (21e jour après l'opération) et depuis lors, l'urine est claire, la miction quelquefois un peu fréquente, mais sans douleur, ni ténesme. R. JAMIN.

VI. — Chez la malade de Thompson, les extrémités des ligatures placées autour du pédicule, au lieu d'être coupées le plus court possible, avaient été laissées en dehors de l'abdomen. Observant qu'elles étaient lentement entraînées par la rétraction du pédicule, l'auteur, après avoir tenté inutilement de les détacher par une traction continue, se détermina à les couper le plus loin possible et à les abandonner. Bientôt après, la plaie abdominale se ferma entièrement. Plusieurs mois après survinrent des douleurs pulsatives dans le bas-ventre, avec miction fréquente et douloureuse. Ces symptômes furent attribués à une grossesse qui commençait et qui fut bientôt interrompue par un avortement, suivi de ménorrhagie abondante. Peu après revinrent les douleurs abdominales et les troubles de la miction ; après une période d'exacerbation accompagnée d'un violent accès de fièvre, la malade éprouva un soulagement subit, qui fut suivi de l'émission d'une urine chargée de pus et légèrement sanguinolente. L'évacuation de pus continua pendant plusieurs jours, avec sédation rapide et marquée des douleurs. Il était évident qu'un abcès était venu s'ouvrir dans la vessie, et on croyait la malade en voie de guérison quand, au bout de six semaines, elle fut reprise de douleurs vésicales violentes avec rétention d'urine. Une tentative de cathétérisme permit de reconnaître que l'urètre était obstrué par un corps étranger dur et résistant. On parvint à l'extraire non sans peine et on constata qu'il était formé par un peloton de fils de soie incrustés de sels urinaires. Ces fils n'étaient autres que les ligatures abandonnées après l'ovariotomie et qui, agissant comme corps étranger, avaient provoqué la formation d'un abcès et l'ulcération de la paroi vésicale. H. BARTH.

Note à propos des transformations et récidives de certains kystes multiloculaires de l'ovaire, par TERRILLON (*Bull. de la Soc. de Chir. t. XII, p.* 404-411).

Terrillon rapporte deux observations dans lesquelles les deux ovaires étaient atteints d'un côté d'un kyste multiloculaire, d'apparence et de structure habituelles, et de l'autre d'un sarcome. Ce fait est rare, puisque habituellement, lorsque le second ovaire est envahi, c'est par un kyste épithelial assez semblable au premier.

On sait que tout kyste multiloculaire de l'ovaire, quelle que soit sa simplicité apparente, peut contenir dès son origine des amas d'éléments sarcomateux ou carcinomateux susceptibles de se développer ultérieurement. Dans ces conditions, l'envahissement de l'autre ovaire par une seule variété des tissus constituant le premier kyste, par le sarcome, n'est qu'un nouvel exemple de ce qu'on voit survenir dans les récidives de certaines tumeurs mixtes.

La séparation si nette établie théoriquement entre les tumeurs n'est donc pas aussi radicale qu'on a voulu le montrer. MAURICE HACHE.

Digitized by Google

Polype fibreux utérin du poids de 5 livres, extirpé par les voies naturelles, par J.-L. REVERDIN (*Rev. méd. Suisse romande, V, p.* 493, *août* 1885).

Femme de 46 ans. Le toucher faisait constater la présence d'un polype remplissant la cavité vaginale, présentant un sillon au niveau du col et remontant dans l'intérieur de la matrice. Par la palpation abdominale, on sentait l'utérus remonter jusqu'au niveau des fausses côtes.

Un premier essai d'extraction avec le forceps seul ne donna pas de résultat.

Dans un second essai, pour lequel la malade fut chloralisée, on ne réussit à faire franchir la vulve à la tumeur qu'après avoir enlevé à la partie vaginale des segments assez considérables avec des ciseaux. Cela fait, le reste de la tumeur fut presque expulsé de lui-même; le pédicule se rompit spontanément.

Les suites de l'opération ont été des plus simples, quoiqu'il y ait eu une rupture du périnée qui fut immédiatement suturée. J. B.

Die Myomotomie dargestellt an 100 in der kgl. Universitaets-Frauenklinik ausgeführten Operationen (Exposé de la myomotomie d'après les 100 opérations faites par Schrœder), par HOFMEIER (*Stuttgart*, 1884).

Des 100 opérées, 32 ont succombé. La nécessité d'ouvrir l'utérus aggrave beaucoup la léthalité. Sur 21 myomotomies sans ouverture de la cavité utérine, il n'y a eu que 2 morts (9,5 0/0); sur 58 amputations sus-vaginales, 18 (31 0/0); enfin, sur 21 énucléations de myomes pelviens, 12 morts (57 0/0).

La myomotomie a été faite chez 3 femmes enceintes dont le myome se compliquait de phénomènes graves de compression. Les 3 opérées ont guéri; l'une même a accouché à terme d'un enfant vivant. J. B.

Du traitement chirurgical des myomes utérins, par Eug. VAUTRIN (*Thèse d'agrég., Paris*, 1886).

Les divers modes de traitement chirurgical des myomes utérins ont tous pour but, soit l'ablation de la tumeur, soit l'arrêt de son évolution et des troubles qu'elle cause ; mais ces modes sont subordonnés à l'évolution soit vaginale, soit abdominale de la tumeur.

Pour les myomes sessiles à évolution vaginale, développés aux dépens du corps de l'utérus, quelquefois expulsés spontanément, le traitement de choix est l'énucléation. La dilatation lente, les incisions latérales du canal cervical sont autorisées pour faciliter l'opération : la tumeur, saisie avec une pince, est abaissée ; la muqueuse incisée, on décortique le myome avec les doigts, puis on tord ou sectionne les adhérences. L'énucléation incomplète, laissant à la gangrène le soin de délimiter le reste de la tumeur, est dangereuse : on doit lui préférer la laparotomie.

Les myomes développés aux dépens du col de l'utérus, sont tous accessibles par le vagin; s'ils naissent de la partie inférieure du col, on appliquera la ligature, l'écraseur, l'anse galvano-caustique. L'énucléation est ici plus facile, et, si elle est incomplète, moins dangereuse que pour les myomes du corps utérin.—A cause de leur volume, il serait mieux d'enlever par la paroi abdominale les myomes enclavés; mais leur situation dans le tissu cellulaire pelvien, les dégâts qu'entraîne leur

Digitized by Google

ablation militent en faveur de l'extraction par le vagin. Les circonstances accessoires détermineront le choix du procédé.

Les myomes à évolution abdominale se distinguent en myomes à évolution abdominale proprement dite, et à évolution pelvienne. Les premiers sont sous-séreux ou interstitiels, et l'auteur adopte dans l'étude de chaque méthode de traitement la division suivante :

1° Pour les myomes sous-séreux pédiculés ou à base étroite, myomectomie simple (32 observations, qui n'ont pas encore compté dans les statistiques, donnent 8 décès.)

2° Pour certains myomes (encapsulés) énucléation (23 faits donnent 15 morts.)

3° Pour les myomes inclus dans la substance utérine, pour lesquels il faut enlever une partie de l'utérus, avec ou sans ouverture de sa cavité, on fera l'amputation partielle de l'utérus.

4° L'ablation des myomes avec extirpation de l'utérus au-dessus des insertions du vagin (amputation supra-vaginale) donne, sur 82 observations nouvelles, 38 morts.

5° Si les myomes sont multiples, avec un utérus hypertrophié, dans certains cas on aura recours à l'extirpation complète de l'utérus.

Les myomes à évolution pelvienne seront extirpés si la tumeur est mobile, gênante et à accroissement rapide ; on aura recours à l'hystérectomie si la tumeur est fixe, enclavée, douloureuse et gênante ; si la castration est impossible, on sera parfois obligé de tenter, malgré le danger de l'intervention, l'hystérectomie ; s'il y a impossibilité d'enlever la tumeur, on fera la castration ou bien on se bornera à une laparotomie exploratrice.

Signalons une longue étude sur le traitement du pédicule dans l'hystérectomie, sur le traitement des myomes pendant la grossesse : l'auteur admet que la gravidité a peu d'influence sur l'extirpation des myomes pédiculés, les autres opérations (amputations partielles, etc.) sont par contre aggravées.

L'étude de la castration comme traitement des myomes utérins termine cette thèse : l'oophorectomie est une bonne opération, capable, dans certaines conditions, de rivaliser avec l'hystérectomie, mais qui ne constituera presque jamais que le meilleur des traitements palliatifs. MAUBRAC.

D'un nouveau procédé d'extraction des fibromyomes utérins par la paroi abdominale, par VULLIET (*Revue méd. Suisse romande, p.* 683, *nov.* 1885).

L'opération se fait en deux temps dont le premier consiste à ouvrir l'abdomen et à déterminer par des sutures, l'adhérence du péritoine pariétal avec la séreuse qui recouvre la tumeur ; 48 heures plus tard, on fend avec le galvano-cautère le fibromyome devenu extra-péritonéal. Ensuite Vulliet emploie plusieurs séances à extraire le néoplasme au moyen du harpon et des ciseaux. L'opérée n'a jamais eu de fièvre et Vulliet espère pouvoir la présenter dans une prochaine séance. J. B.

Traitement du cancer de l'utérus par le grattage et le curage, par TERRILLON (*Bull. de thérap.*, 30 *mai* 1886).

Quand le cancer de l'utérus est inopérable, l'auteur emploie le grat-

Digitized by Google

tage et le curage de l'utérus, opération qui fait disparaître et les pertes et les douleurs.

Il distingue à ce sujet trois cas :

1° Hypertrophie avec fongosités du col ;

2° Infiltration avec ulcération ;

3° Cancer et sarcome de la muqueuse du col et du corps.

Dans le premier cas, le col a la forme d'un champignon fongueux, saignant facilement. — Dans ce cas, il faut agir rapidement, avec de larges curettes coupantes, afin de diminuer l'hémorragie. On enlève, jusqu'au moment où la curette arrive sur un tissu dur, résistant. S'il persiste de petits lambeaux de tissu, on les résèque avec des ciseaux.

Dans le deuxième cas, il existe sur le col induré une ulcération anfractueuse, mamelonnée. — Il faut alors employer les petites curettes, par petits coups et lentement, car l'hémorragie n'est pas à craindre.

Dans le troisième cas, on fait le raclage de la cavité utérine, comme pour la métrite chronique. — Ceci convient surtout pour le sarcome de la muqueuse. — Le pansement sera naturellement très antiseptique. Le résultat du curage de l'utérus est la cessation des hémorragies, de la fétidité de l'écoulement sanieux, ainsi que des douleurs et, par suite, des symptômes d'affaiblissement dus à la résorption de produits putrides.

A. LESAGE.

OBSTÉTRIQUE.

Ueber Stickoxydul-Sauerstoff Anaesthésie (De l'anesthésie par le mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène), par DOEDERLEIN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 47, *p.* 778, 23 *novembre* 1885).

C'est Klikowitsch (*R. S. M.*, XX, 199) qui a le premier expérimenté les effets calmants du mélange gazeux de P. Bar (*R. S. M.*, XIII, 55 et XIV, 311) sur les douleurs de l'accouchement. On vient de répéter ces expériences à la clinique d'Erlangen.

On ne s'est guère servi du protoxyde d'azote que durant la période d'expulsion : 15 à 20 inhalations suffisent pour calmer ou assoupir les femmes sans qu'elles passent par une période d'excitation. On peut prolonger l'anesthésie durant une heure sans qu'il survienne des symptômes inquiétants. La conscience persiste, en ce que les malades répondent aux questions, mais l'anesthésie est complète. Quelques inspirations d'air pur suffisent pour la faire cesser, sans qu'il reste de mal de tête ou des nausées.

Sur 60 cas Dœderlein n'a jamais vu cette anesthésie avoir d'influence sur la fréquence ou sur l'énergie des contractions ; souvent même, les contractions des muscles abdominaux étaient plus intenses.

Dœderlein a fait une expérience sur un chien, qui lui a montré que le gaz ne modifie pas la pression sanguine et que, sous son influence, le sang montre au spectroscope les raies de l'oxyhémoglobine.

Digitized by Google

Winckel rappelle avoir fait publier, il y a deux ans, par Tittel (*Centralbl. f. Gynaek.* 1883 n° 10) les résultats de ses expériences à la Maternité de Dresde sur le mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène. Les effets sont les mêmes lorsque, sans obturer le nez, on fait inhaler le gaz uniquement par la bouche. J. B.

Malaria e atti funzionali della generazione nella donna (Malaria et actes fonctionnels de la génération chez la femme), par CHIARLEONI (*Ann. univ. di med., avril* 1886).

L'époque de la première apparition des règles n'est pas influencée par les accès de fièvre intermittente : si celle-ci est déjà d'ancienne date, les accès, survenant au milieu des règles, agissent sur la durée de leurs périodes, sur l'abondance de l'écoulement qui peut quelquefois être suspendu jusqu'à la fin de la maladie. Pendant l'aménorrhée, l'ovulation ne se fait plus ou est altérée.

La fécondité moyenne ne paraît pas modifiée pendant la malaria, et la femme peut même concevoir pendant la fièvre.

Pendant la grossesse, la femme est sujette à l'infection palustre comme tout autre sujet. Si elle est en état d'impaludisme chronique, l'état aigu peut revenir, elle peut devenir cachectique et même être affectée de pseudo-anémie pernicieuse, laquelle ne diffère de la vraie que par le développement considérable de la rate. La gestation ne modifie pas les accès aigus. Dans l'impaludisme chronique revenu à l'état aigu, la fièvre prend le type subcontinu, avec frissons légers et oscillations journalières. Les formes larvées sont rares, l'auteur n'en a jamais rencontré. Quelle que soit la forme de l'infection palustre, le cours naturel de la grossesse est souvent modifié, surtout par les formes chroniques. La quinine reste toujours le remède souverain et ne nuit jamais au fœtus, bien au contraire.

L'accouchement prématuré est fréquent, surtout dans l'impaludisme chronique. Le germe paludéen n'est pas arrêté par le placenta, il le traverse, atteint le fœtus et le tue souvent. Les fœtus nés à terme chez des femmes atteintes d'accès aigus de malaria présentent une diminution moyenne de poids de 268 grammes par rapport aux enfants nés de mères saines. Les fœtus nés à terme dans les mêmes conditions présentent leur développement normal, lorsque les accès de fièvre ont été traités par la quinine. La dégénérescence graisseuse du placenta est fréquente chez les femmes atteintes de malaria.

Les douleurs de l'accouchement ne rappellent pas les accès de fièvre plus ou moins éteinte et ne ramènent pas à l'état aigu l'impaludisme chronique. L'accouchement est normal dans ses périodes. Il n'est nullement prouvé que le poison paludéen ait une influence quelconque sur la contractilité utérine.

Il n'est pas prouvé que l'état puerpéral constitue une prédisposition à la fièvre intermittente : il ne ramène pas les accès de fièvre, n'augmente pas la tuméfaction de la rate.

On ne sait si les fatigues de l'allaitement prédisposent à l'infection palustre, et si celle-ci peut être transmise à l'enfant par la nourrice. La montée du lait ne paraît pas provoquer le retour des accès de fièvre. F. BALZER.

Digitized by Google

Zur Frage über den Einfluss des Wechselfiebers auf die Schwangerschaft und den Fœtus (Influence de la fièvre intermittente sur la grossesse et sur le fœtus), par BEHRMANN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 34, *p.* 550, *et n°* 36, *p.* 587, 24 *août et* 7 *septembre* 1885).

Malgré la rareté relative de la fièvre intermittente dans la grossesse, Lwow, à la clinique d'obstétrique de Kasan, en a compté 26 cas sur 281 femmes enceintes ou accouchées ; tellement les affections paludénnes sont répandues dans la contrée. Ces observations l'ont amené aux conclusions suivantes :

La fièvre intermittente se montre beaucoup plus souvent (20 fois) dans la seconde moitié de la grossesse que dans la première (6 fois).

La grossesse n'a aucune influence sur le type des accès.

La fièvre intermittente des femmes enceintes est très difficile à guérir et très sujette à récidiver.

Elle amène un accouchement prématuré dans 38,5 0/0 des cas (10 fois).

L'accouchement se fait au jour et à l'heure mêmes où le paroxysme fébrile a l'habitude de se montrer. Durant la première période de l'accouchement, il survient souvent des accès fébriles tout à fait analogues à ceux de la grossesse (70 0/0).

Dans la majorité des cas, la fièvre intermittente reparaît pendant les couches. Le type des accès reste le même que durant la grossesse; seulement il n'y a pas d'intervalles complètement libres de fièvre.

La fièvre intermittente des accouchées ne les prédispose pas aux affections puerpérales.

Sur le fœtus, les accès ont une influence analogue à celle des températures élevées.

Pendant l'accès maternel, les mouvements et les battements cardiaques du fœtus éprouvent des modifications semblables à celles qu'occasionne la fièvre typhoïde de la mère.

La mère peut, dans l'utérus, transmettre au fœtus la fièvre intermittente.

Lwow a fait l'autopsie de 3 fœtus mort-nés sans constater d'autres lésions que celles produites par les hautes températures.

Les enfants des femmes atteintes de fièvre intermittente sont beaucoup moins développés à la naissance.

De son côté, Behrmann a eu l'occasion de voir 2 cas de fièvre intermittente, d'origine indubitablement intra-utérine. En voici le résumé :

Ier CAS. — Secondipare arrivée vers la fin de la seconde moitié de la grossesse et ayant depuis quatre mois des accès tierces contre lesquels la quinine et la solution de Fowler se sont montrées peu efficaces. Dès le début des accès, les mouvements du fœtus deviennent si violents qu'ils sont douloureux. L'accouchement eut lieu dans la trente-neuvième semaine de la grossesse durant un accès fébrile. Suite des couches normale.

L'enfant, d'aspect cachectique et pesant 2,800 grammes, dès le deuxième jour, se mit à crier et eut de violentes convulsions avec cyanose intense de la face, pendant vingt minutes. Les convulsions furent suivies d'un stade de chaleur qui persista trois heures, avec une température de 40°,5. La rate, qui dépassait de 3 centimètres le rebord costal, était douloureuse au toucher. Le troisième jour, l'enfant se porta bien, comme le premier; mais le quatrième jour, à la même heure (5 h. du soir), il fut pris d'un accès analogue, mais encore plus intense. Sous l'influence de la quinine, les accès du sixième et

Digitized by Google

du huitième jour furent beaucoup plus légers, et la rate diminua considérablement de volume.

Chez cet enfant, qui était allaité par une nourrice, les accès se sont produits le même jour et à la même heure que chez la mère.

2° CAS. — Quadripare atteinte de fièvre intermittente depuis trois mois. A chaque accès, les mouvements fœtaux s'accusent par de véritables coups ressentis douloureusement par la femme. Accouchement dans la trente-neuvième semaine au milieu d'un accès. La mère eut le troisième jour une endométrite puerpérale, non compliquée d'accidents paludéens.

L'enfant bien portant le premier jour se mit à pleurer, à devenir agité, et eut des convulsions dès le lendemain à l'heure des accès maternels. Rate médiocrement volumineuse, mais sensible à la pression. Les jours suivants, l'enfant eut encore trois paroxysmes à la même heure, entre trois heures et trois heures et demie de l'après-midi, mais il n'existait pas d'intervalles entièrement apyrétiques. L'enfant qui était allaité artificiellement fut rapidement guéri par la quinine. (*R. S. M.*, XX, 196, XXIV, 542, et XXVII, 579.) J. B.

Ein neues zuverlässiges Schwangerschaftszeichen (Un nouveau signe de la grossesse), par P. COMPES (*Berlin. klin. Woch.* n° 38, *p.* 608, 21 *sept.* 1885).

Il s'agit du signe de grossesse découvert par Hegar et qui a déjà fait l'objet d'une publication de Reinl (*Prager medic. Wochensch*, 1884, n° 26).

Compes a continué, dans le service qui est dirigé par Hegar, les recherches confirmatives et apporte 7 nouveaux cas.

Le signe de Hegar consiste dans la dépressibilité très marquée du segment inférieur de l'utérus qui contraste avec l'épaisseur et la rénitence du col. Cette compressibilité du tissu utérin est beaucoup plus accusée à la portion médiane qu'au niveau des bords. Elle est parfois si grande qu'on semble n'avoir entre les doigts qu'un tissu réduit à l'épaisseur d'une carte à jouer, ou même qu'on ne reconnaît plus la continuité entre le col utérin et le corps de l'organe qui commence à se développer vers l'abdomen.

Ce qui fait l'utilité du signe de Hegar, c'est qu'il existe à toutes les phases de la grossesse, même avant la fin du deuxième mois; il a, au contraire, disparu chez les accouchées.

Il n'y a, en dehors de la grossesse, que la rétroversion utérine qui donne au toucher une sensation analogue, mais moins nette.

Martin et Horwitz ont signalé cet état de mollesse et de compressibilité du segment inférieur chez des femmes enceintes, ayant en même temps un allongement hypertrophique du col. Mais ils ont cru que ce dernier en était la cause, tandis qu'il s'agit, en réalité, d'un phénomène normal de la grossesse. Quand il y a coexistence d'un allongement du col et que la mollesse du segment inférieur est très considérable, on a pu croire avoir affaire à une tumeur indépendante de l'utérus, et on a même pratiqué la laparotomie. J. B.

On the severe or so-called uncontrollable vomiting of pregnancy (Des vomissements incoercibles de la grossesse), par GRAILY HEWITT (*Transactions of the obstetrical Society of London, vol. XXVI, p.* 273).

L'auteur a réuni les observations dans lesquelles l'état de l'utérus a fait l'objet d'un examen spécial; il a trouvé 43 observations renfermant

Digitized by Google

une mention à ce sujet; 32 constatent l'état du corps de l'utérus, 13 l'état du col. Cette seconde série renferme presque exclusivement les cas dans lesquels a été appliquée la méthode de dilatation du col de Copernam. En analysant la première série l'auteur fait ressortir que sur 32 cas, une fois seulement le vomissement s'est présenté sous l'influence de la lésion d'un organe autre que l'utérus (entérite).

Dans tous les autres cas, l'utérus était plus ou moins dévié et son développement entravé (24 antéversions ou antéflexions, 24 rétroversions : 3 lésions utérines de diverse nature, inflammation).

Sur ces 32 cas il y a eu 11 morts, 20 guérisons, 1 résultat inconnu.

Dans tous les cas où l'on a réussi à ramener l'utérus dans sa position normale et à l'y maintenir, les vomissements ont cessé.

L'étiologie des vomissements incoercibles de la grossesse se réduirait d'après ces faits à 2 facteurs principaux :

1° L'incarcération de l'utérus dans le bassin, résultant d'une déviation, flexion ou version;

2° La rigidité anormale des tissus du col et des tissus environnant l'orifice interne.

Dans la discussion de nombreuses objections ont été faites à la théorie de l'auteur. Pour Barnes le vomissement n'est qu'une des formes de convulsions auxquelles la femme est exposée par le fait même de la grossesse : c'est une sorte de décharge physiologique du système nerveux. La théorie de Graily Hewitt est trop absolue : il y a d'autres facteurs que les déviations utérines; le seul élément que l'on retrouve dans tous les cas est ce haut degré de tension vasculaire et nerveuse qui est le propre de la grossesse.

Braxton Hicks, se basant sur sa pratique personnelle, conteste absolument le fait de la déviation utérine considérée comme point de départ du vomissement gravide; il a cherché à le constater et n'y pas réussi; il ajoute qu'il a toujours réussi à calmer ou arrêter les accidents à l'aide des opiacés.

Playfair reproche à l'auteur d'avoir groupé des faits en vue d'une théorie préconçue.

William a une longue expérience des flexions utérines : il n'a jamais constaté que les vomissements fussent plus fréquents et il ne croit pas qu'une simple déviation, si elle n'est pas accompagnée d'adhérence, puisse provoquer les vomissements incoercibles. H. DE BRINON.

A case of spontaneous delivery of brow presentation (Présentation du front, accouchement spontané), par George MINGES (*Amer. journ. of obstetrics, nov.* 1885).

La présentation fut prise par la sage-femme et par l'auteur lui-même pour une présentation du siège. L'enfant portait au-dessus du sourcil droit une bosse sanguine énorme qui offrait au doigt explorateur l'impression de la fesse.

L'accouchement s'accomplit spontanément sous les yeux de l'auteur. La femme avait un bassin très large. L'enfant, rappelé à la vie après beaucoup d'efforts, vécut trois mois. H. DE BRINON.

Digitized by Google

Ueber die Frequenz des engen Beckens in Kœnigsberg (Degré de fréquence des rétrécissements du bassin en Allemagne et notamment à Kœnigsberg), par DOHRN (*Berlin. klin. Woch.*, *n*° 24, *p.* 390, 15 *juin* 1885).

Il résulte de diverses statistiques que la fréquence des rétrécissements du bassin s'élève, suivant les contrées de l'Allemagne, de 13 à 22 0/0. Pareil travail n'avait pas encore été fait pour la Prusse orientale. Aussi Dohrn a-t-il procédé à des mensurations pelviennes chez 200 femmes de son service; il a trouvé une proportion de 20,5 0/0 de bassins rétrécis, chiffre qui concorde avec les résultats obtenus dans les autres parties de l'empire : 9 étaient des bassins uniformément rétrécis dans tous leurs diamètres, et les autres, des bassins aplatis. J. B.

Gravidanza anomala (Grossesse anormale, expulsion d'un fœtus par fragments osseux), par Alexandro CANTIERI (*Brochure*, *Florence*, 1884).

Il s'agit d'une femme de 39 ans, mariée à 18 ans, ayant eu 8 grossesses et 4 fausses couches. Constitution grêle, affaiblie par les grossesses et les maladies. Le 7 juillet 1883, elle a eu ses règles comme à l'habitude : au mois d'août, il y a eu un retard de dix jours; et les règles sont peu abondantes : à partir de ce moment les règles ne reparaissent plus, le ventre augmente insensiblement, mais la femme ne se croit pas enceinte, parce qu'elle n'éprouve aucun des phénomènes sympathiques qui accompagnaient toujours ses précédentes grossesses. Vers la fin de septembre apparaissent des phénomènes douloureux dans le bas-ventre, et vers le milieu d'octobre elle entre à la Clinique. On constate la présence d'une tumeur qui offre les apparences d'un utérus gravide; du quatrième au cinquième mois, absence complète de souffle utérin et de battements fœtaux. Une ponction faite avec la seringue de Pravaz donne un liquide opalin, sans odeur, ne contenant pas d'albumine. Le 26 décembre, apparaît dans le vagin un cordon ombilical accompagné d'un écoulement un peu fétide. Les jours suivants, la malade expulse successivement un fémur, un tibia, un péroné, puis une colonne vertébrale avec quelques côtes, un humérus, une clavicule, etc. Le 30, expulsion d'un placenta complet. Après une convalescence très difficile, la malade se rétablit.

L'examen histologique du placenta, fait par le professeur Romiti, montre une hyperplasie et hypertrophie des éléments cellulaires du parenchyme des villosités (placenta gras des auteurs) avec oblitération des vaisseaux, hémorragie, et transformation fibreuse des villosités.

De l'ensemble des faits cliniques, l'auteur conclut que le fœtus est mort par défaut de nutrition résultant de l'altération du placenta : les parties molles du fœtus se sont dissociées et désagrégées à l'abri de l'air, et les os n'ont été expulsés que longtemps après la mort du fœtus.

H. DE BRINON.

Complete inversion of the uterus following parturition (Inversion complète de l'utérus à la suite de l'accouchement), par Henry E. CRAMPTON (*Amer. journ. of obstetrics*, *oct. et nov.* 1885).

A propos d'un cas récent de sa pratique, l'auteur étudie la question de l'inversion utérine puerpérale au point de vue surtout de l'étiologie et du traitement. Ses recherches ont porté presque exclusivement sur la littérature anglaise. La littérature française n'a pas été mise à contribution; le travail de Denucé (*R. S. M.*, XXIII, 574) n'est pas cité.

Dans un travail publié en 1846, John Green Crosse avait réuni 500 cas,

Digitized by Google

dont 450 consécutifs à l'accouchement. L'auteur a recueilli 224 cas qui ont été publiés depuis cette époque par des auteurs anglais, et d'après cette statistique il formule les conclusions suivantes :

1° L'inversion utérine est toujours précédée d'une parésie partielle du muscle utérin : la partie parésiée n'est pas nécessairement le siège de l'insertion placentaire. La parésie peut être attribuée soit à une trop grande fréquence des accouchements, soit à des avortements antérieurs, à des coups reçus sur l'abdomen pendant la grossesse ou le travail, à une excitation nerveuse exagérée (primipares), à un travail trop rapide. Les tractions sur le cordon peuvent déterminer le prolapsus : elles n'entraînent jamais à elles seules l'inversion : il faut qu'il y ait en même temps parésie.

L'accident est beaucoup plus fréquent chez les primipares : 59 primipares sur 113 cas (Crosse) ; 88 primipares sur 176 cas (Crampton). L'auteur attribue cette prédisposition à l'émotion qui, chez les primipares, précède et accompagne l'accouchement.

La mortalité est d'environ 20 0/0.

Sur 120 cas récents on compte 32 morts, 87 guérisons, 1 insuccès.

Sur 104 cas chroniques : 7 morts, 91 guérisons, 6 insuccès. Le traitement pour les cas récents consiste à réduire l'organe avec les mains, sous l'influence de l'anesthésie. Pour les cas chroniques, pression longtemps continuée soit avec les mains, soit avec des instruments, et en dernier ressort ablation. H. DE BRINON.

Ueber habituelles Absterben des Frucht bei Nierenerkrankung Schwangerer (De la mort habituelle du fœtus de mères néphritiques), par FEHLING (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 48, *p.* 798, 30 *novembre* 1885).

A côté de la syphilis, de l'anémie et de la métrite interne, la néphrite gravidique peut être la cause de la mort habituelle du fœtus, ainsi que Fehling a pu s'en assurer dans les 4 cas suivants :

1er CAS. Une femme (non syphilitique bien entendu) qui avorte 6 fois de suite : à toutes ses grossesses, dans le 5e ou le 6e mois, elle présentait une anasarque universelle et de l'albuminurie; puis, au milieu de crampes stomacales, le fœtus succombait; mais il n'était expulsé que plus, tard dans un laps variable de 3 à 10 semaines.

2e CAS. Le fœtus d'une femme primipare succomba au milieu des symptômes semblables; après la mort du fœtus, il y eut diminution de l'albuminurie maternelle.

3e CAS. Une femme qui avait mis au monde précédemment deux enfants bien portants eut durant sa 3e grossesse de la rétinite albuminurique et de l'albuminurie et durant sa 4e une embolie de l'artère sylvienne avec hémiplégie : chaque fois elle expulsa à 6 mois un fœtus putréfié et l'albuminurie diminua aussitôt.

4e CAS. Avortement à 5 mois ; puis 2e grossesse menée à terme avec accouchement d'un mort-né ; ensuite, dans une 3e grossesse, œdème général avec albumine et cylindres dans l'urine ; enfant né mort et mère morte d'urémie.

Tous ces cas ont un caractère commun : l'affection rénale, qui vraisemblablement préexistait, a été aggravée par la grossesse et s'est améliorée à la suite de l'expulsion du fœtus.

Fehling a également, comme Winter, constaté deux fois de l'albuminurie à la suite du décollement prématuré d'un placenta inséré normale-

Digitized by Google

ment. Les deux placentas présentaient des infarctus fibrineux blancs, leurs villosités étaient détruites, ce qui avait causé la mort du fœtus. J. B.

A case of removal of both ovaries during pregnancy (Ablation des deux ovaires pendant la grossesse), par J. KNOWSLEY THORNTON (*Transactions of the obstetrical Society of London, vol. XXVIII, p.* 41).

L'auteur présente deux tumeurs ovariennes dermoïdes qu'il a enlevées le 4 février 1885 chez une femme de 22 ans au 4e mois de sa grossesse : la convalescence s'est faite régulièrement et le 23 juin de la même année l'opérée a mis au monde un enfant vivant qu'elle a pu nourrir elle-même. C'est la première fois que les deux ovaires ont été enlevés avec les trompes pendant le cours d'une grossesse. Les suites de couches ont été absolument normales. La malade éprouve des troubles analogues à ceux qui surviennent à la ménopause. L'utérus s'est atrophié. H. DE BRINON.

On the nature and cause of the movement of internal rotation (Sur la nature et la cause de la rotation interne), par D. BERRY HART (*Edinb. med. journ., p.* 1032, *mai* 1886).

1° La partie du fœtus, tête ou tronc, qui rencontre la moitié latérale du segment sacré, est ramenée en avant par rotation et dans une direction opposée au segment latéral qui agit ainsi.

2° Jamais aucune partie du fœtus n'entre en rotation dans la cavité du sacrum. Le passage de l'occiput dans la cavité du sacrum, dans la rotation postérieure, est équivalent au passage du synciput dans cette même cavité, dans la rotation normale.

3° La direction de la rotation pourrait toujours être prédite par l'observation de la partie fœtale qui rencontre d'abord la moitié latérale ou le segment sacré. A. M.

Weitere Erfahrungen über die Bedeutung des constanten Stromes zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt (Nouvelles expériences sur l'emploi des courants continus pour provoquer l'accouchement prématuré), par BAYER (*Berlin. klin. Woch., n°* 48, *p.* 798, 30 *novembre* 1885).

Dans 4 nouveaux cas nécessitant un accouchement prématuré, Bayer a eu recours aux courants continus (*R. S. M.*, XXVI, 176). Appliquant toujours le pôle négatif dans le col, il percute avec le pôle positif les diverses régions de l'abdomen. Lorsque les séances d'électrisation sont fréquentes, le pôle négatif peut donner lieu à des ulcérations du col.

Chaque fois les courants ont déterminé des contractions utérines, ainsi que le ramollissement, la dilatation et le raccourcissement du col; mais chez les deux dernières femmes, ils n'ont pas suffi pour amener l'expulsion du fœtus. L'une d'elles s'en alla après 7 galvanisations et accoucha spontanément 3 semaines 1/2 plus tard, c'est-à-dire un mois avant terme. Quant à l'autre, l'accouchement ne se fit qu'après la rupture de la poche des eaux.

Dans la discussion, Müller (de Berne) déclare n'avoir réussi qu'une fois à provoquer l'accouchement prématuré avec les courants continus; depuis lors il a échoué coup sur coup chez cinq femmes. J. B.

Digitized by Google

Remarks on the value of antipyrin in puerperal fever, par John BLAKE WHITE (*Med. News*, 10 *juillet* 1886).

L'auteur a obtenu d'excellents effets de l'antipyrine dans les accidents puerpéraux; il publie quatre observations.

Dans les trois premiers cas, les malades furent prises aux quatrième, cinquième et sixième jours de fièvre, ballonnement du ventre, arrêt des lochies, etc. L'antipyrine, administrée concurremment avec les lavages phéniqués, amena rapidement la disparition des accidents.

Dans la quatrième observation, il s'agissait d'une rougeole survenue à la suite d'accidents puerpéraux; la rougeole fut apportée par un enfant de la famille. L'antipyrine fit cesser promptement les accidents alarmants.

White donne de trois à quatre doses de 75 centigrammes à 1 gramme.

A. C.

The value of the antiseptic system in private obstetric practice, par Henry D. FRY (*American journ. of obstetrics, avril* 1886).

De nombreux accidents ont été signalés à la suite des injections vaginales antiseptiques pratiquées chez les accouchées. Pour ne citer que les auteurs américains, Chamberlain a observé 12 cas de péritonite consécutive aux injections vaginales chaudes. Franck P. Forster et Mundé reconnaissent que les injections vaginales peuvent provoquer des phénomènes dangereux. L'auteur a eu lui-même l'occasion d'observer un cas de péritonite généralisée consécutive à une injection vaginale chaude : l'étude de ces faits l'a conduit à adopter la méthode préconisée par Paul Bar en France ; usage purement extérieur des antiseptiques ; abandon à l'état normal et réduction à certains cas pathologiques des injections vaginales. Le toucher vaginal est autant que possible évité après l'accouchement ; le traitement immédiat consiste dans l'administration d'une cuillère à thé d'extrait fluide d'ergot et la délivrance par expression : surveillance de l'utérus avec la main ; il n'est fait d'injection vaginale (sublimé au 1/4000) que si l'utérus reste large et qu'il y ait tendance à l'hémorragie ; en cas contraire, on se contente de laver la vulve 2 ou 3 fois par jour avec une solution chaude antiseptique. L'emploi des injections vaginales n'est indiqué que si les lochies deviennent odorantes.

Les 26 premiers cas que l'auteur a pu ainsi traiter n'ont présenté aucune trace de fièvre.

H. DE BRINON.

Opération de Porro suivie de succès. — L'opération de Porro et l'opération césarienne simple, par DELAISSEMENT, rapport par J. Lucas CHAMPIONNIÈRE (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1886, *t. XII, n° 2, p.* 93-99).

Une opération de Porro suivie de succès fait préconiser à Delaissement cette méthode de préférence à l'opération césarienne simple ; il recommande aussi le procédé de Müller, qui consiste à opérer hors du ventre et qui a l'inconvénient de nécessiter une incision abdominale énorme. Il vaut mieux opérer avant la rupture de la poche des eaux.

La comparaison entre l'opération de Porro et la césarienne simple n'est pas facile.

Digitized by Google

Voici l'opinion de Lucas Championnière :

Le céphalotribe est très bon à 7 centimètres, et encore bon à 6 1/2 pour un opérateur exercé. Pour ceux qui ne s'en servent que rarement il donne à ces degrés de rétrécissement des résultats désastreux.

De même l'opération de Porro ne doit pas être conseillée à un chirurgien peu habitué aux opérations abdominales; l'opération césarienne est plus simple et bien préférable à la campagne. A la ville et surtout à l'hôpital, l'opération de Porro est préférable parce qu'elle permet une antisepsie plus complète.

En outre un utérus infecté, un travail prolongé, des parois utérines contuses contre-indiqueront l'opération césarienne, préférable au contraire en cas de corps fibreux. Dans de bonnes conditions on peut faire la césarienne simple avec suture double des parois.

Il y a donc pour ces deux opérations des indications différentes plutôt qu'un parallèle à établir. La pratique seule jugera définitivement la question. Il faut compter en tout cas sur une mortalité élevée. M. HACHE.

On post partum avulsion of the uterus with a case followed by recovery (Un cas d'arrachement de l'utérus après l'accouchement, guérison), par J. HOPKINS WALTERS (*Transactions of the obstetrical Society of London, vol. XXVI*).

Femme de 22 ans à son 3e accouchement; le travail a duré 22 heures : l'auteur est appelé auprès d'elle par un confrère qui lui apprend que l'utérus a été arraché dans sa totalité par la sage-femme.

Il constate l'issue hors de la vulve d'un segment d'épiploon long d'au moins 14 pouces ; en le suivant, le doigt arrive au fond du vagin sur une vaste déchirure et l'utérus fait défaut.

Une tentative de réduction de l'épiploon a déjà été faite; mais l'organe est immédiatement ressorti ; il est froid et durci : l'auteur le lie au niveau de la vulve et le résèque. Opium, lotions de la vulve au permanganate. La malade guérit.

L'épiploon ne disparaît entièrement qu'un mois et demi après l'accident. Le vagin a conservé une longueur de 4 pouces. L'auteur a revu sa malade 2 ans après l'accident, en bonne santé : les règles n'ont pas reparu.

L'utérus arraché est entier : en avant la déchirure a eu lieu exactement au niveau de l'union de l'utérus et du vagin; en arrière, une partie de la paroi vaginale a suivi l'utérus; au niveau de la jonction avec le col on remarque une déchirure qui semble avoir été produite par la pénétration d'un doigt. A gauche, on retrouve adhérents à l'utérus un segment du ligament de l'ovaire long d'un demi-pouce, un pouce de la trompe et 4 pouces du ligament rond. Le ligament large est resté presque en entier dans l'abdomen. A droite, le ligament large a été emporté en entier, arraché à son insertion utérine; il renferme 4 pouces et demi du ligament rond ; l'ovaire avec son ligament et la trompe avec son pavillon. L'utérus est vide et débarrassé de son placenta. Il n'y a pas eu d'inversion.

L'auteur a trouvé dans la littérature 36 cas d'arrachement de l'utérus dont 22 tirés du mémoire de Denucé, 4 du mémoire de Schwartz (*R. S. M.*, XXIII, 574). 22 fois les auteurs ont noté que l'utérus arraché était en état d'inversion : 11 guérisons; 11 autres cas tirés du mémoire de Denucé ne portent aucun renseignement sur le fait de l'inversion : mais leur insertion dans le mémoire de Denucé permet de supposer qu'il s'agissait d'utérus en inversion. Ceux-ci ont donné 2 guérisons, ce qui porte

Digitized by Google

à 13 sur 33 le nombre des guérisons. Il ne reste que 3 cas, ceux de Popplewel, d'Harting et celui de l'auteur dans lesquels il n'y a pas eu d'inversion, 2 ont guéri. H. DE BRINON.

I. — Nine cases of successful operations for ruptured tubal pregnancy (Neuf succès de laparotomie pour des grossesses tubaires), par LAWSON TAIT (*Brit. med. journ.*, *p.* 1158, *déc.* 1885).

II. — A case of extra-uterine pregnancy, laparatomy, recovery, par RUTLEDGE (*Americ. journ. of obstet.*, *nov.* 1885).

III. — Grossesse extra-utérine abdominale, kyste dermoïde, gastrotomie, mort de l'opérée, le 19e jour, par hémorragie, par WASSEIGE (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, *n*° 8, 1885).

IV. — Extra-uterine pregnancy, etc. (Grossesse extra-utérine avec rupture de la trompe de Fallope, laparotomie le 33e jour. Guérison) par O'HARA (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 31 *juillet* 1886, *p.* 133).

V. — Extra-uterine pregnancy changed to intra-uterine by the galvanic current (Grossesse extra-utérine transformée en grossesse utérine par l'électricité), par Augustin STABLER (*Med. News*, 27 *fév.* 1886).

I. — De cette note très concise sur 9 opérations suivies de succès pour des grossesses tubaires, il ressort un détail important relatif au manuel opératoire. L'hémorragie, en pareil cas, est toujours considérable. Tait conseille de ne pas s'en préoccuper et d'agir vite : c'est le moyen de sauver les malades, car une fois toutes les adhérences détachées, il suffit de quelques éponges pour arrêter tout suintement sanguin. La difficulté est de reconnaître avec les doigts les parties que l'on a sous la main au milieu des caillots de sang qui encombrent le petit bassin. H. R.

II. — Femme de 24 ans, première grossesse, irrégularités dans la menstruation à partir de mars 1884; en juin, premiers mouvements perçus par la femme. Opération le 24 décembre. Extraction par l'abdomen d'un enfant du sexe masculin, pesant 8 livres et demi; la peau commençait à se détacher. Abandon dans le sac du placenta et du cordon; l'extrémité libre du cordon est fixée à la partie inférieure de la plaie abdominale à côté d'un drain de verre. Lavage du sac 2 fois par jour; du 30 au 31e jour après l'opération hémorragie terrible du placenta et phénomènes de septicémie.

Guérison. La détermination du siège précis de la grossesse n'est pas faite.

H. DE BRINON.

III. — Mme D., âgée de 20 ans, a eu un premier enfant en novembre 1883. Dernières règles le 20 mai 1883. Le 30 octobre 1884, douleurs subites et violentes dans le ventre, cédant au repos et à un traitement anti-phlogistique. Prolongation de la grossesse, gêne continuelle dans le flanc gauche, attribuée à la position transversale du fœtus. Le 24 avril 1885, Mme D. est prise de douleurs subites, mais on constate l'absence de tout travail. 27 avril, nouvel accès de douleurs, attribué à la présence de calculs biliaires. Dernier accès le 13 mai. Les mouvements du fœtus sont très fréquents jusqu'au 17 mai, puis ils cessent et on n'entend plus les battements du cœur. A partir de ce moment le ventre se développe rapidement; le gros intestin est dilaté par les gaz; les vomissements sont fréquents; la malade ne peut rien garder. Cet état dure jusqu'au 28 mai, époque où Wasseige voit la malade.

Digitized by Google

Abdomen tendu à l'extrême, ne présentant aucune saillie; on ne sent rien qu'une fluctuation superficielle. Le col utérin est reporté en arrière, il est légèrement ramolli; l'orifice externe est entr'ouvert. Dans le cul-de-sac antérieur, on sent que le col a une assez grande longueur et que le corps de l'utérus paraît avoir le volume de deux poings. Le 2 juin on ponctionne l'abdomen au milieu d'une ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure droite à l'ombilic; un liquide séreux, rougeâtre, s'écoule de l'abdomen. L'état de la malade s'aggrave et on décide de pratiquer la gastrotomie. Le 4 juin toutes les dispositions antiseptiques étant prises, on pratique une incision à 4 centimètres au-dessous de l'ombilic, sur le plan médian pour s'arrêter à 4 centimètres de la symphyse pubienne. Un flot de liquide noirâtre et une grande quantité de gaz infects s'échappent au dehors, puis on peut extraire un fœtus volumineux, dans un état de putréfaction très avancé. A peine celui-ci est-il extrait, qu'une nouvelle quantité de liquide s'échappe de nouveau (3 litres environ). Les parois du kyste sont en avant et de toutes parts adhérentes à la face antérieure de l'abdomen; le placenta est implanté sur le fond de l'utérus et sur ses faces antérieure et postérieure. On peut enlever les trois quarts du placenta; le quart restant est abandonné dans la cavité abdominale de crainte de déterminer une hémorragie abondante. On constate que, vers la droite du kyste fœtal, il existe une cloison dont l'intégrité a été détruite partiellement par le sphacèle; dans cette poche on trouve une grande quantité de cheveux; c'est un kyste dermoïde qui a été ponctionné le 2 juin. On réunit les lèvres de la plaie par des points de suture, en laissant à la partie inférieure un espace suffisant pour introduire un drain. Le lendemain une grande quantité de liquide s'écoule de la plaie; on enlève tous les points de suture, et on retire le liquide du kyste avec une éponge; on remplit la cavité avec de la gaze légèrement iodoformée. Au bout de quelques jours on retire la plus grande partie du kyste sphacélé et le reste de la masse placentaire. A partir de ce moment l'état de la malade s'améliore beaucoup, mais dans la nuit du 23 au 24 juin, Mme D., s'étant couchée sur le côté, une hémorragie, tant interne qu'externe, se déclare et amène la mort. F. H.

IV. — Femme de 30 ans, mère de 3 enfants, a toujours été bien réglée. Une époque menstruelle vient de se passer sans écoulement, et la patiente se croit enceinte. Elle a été prise tout à coup de ténesme rectal, douleurs dans le bassin, dans les flancs, s'irradiant dans les membres du côté droit; bientôt elle tombe en collapsus, pouls insensible, respiration superficielle, extrémités froides. Diagnostic: rupture d'une trompe de Fallope au 5e mois d'une grossesse. Il n'y avait pas de péritonite, peu de ballonnement du ventre, la laparotomie fut différée. Les accidents s'amendèrent et on put, quelques jours après, distinguer une grosseur dans le flanc droit.

Trois semaines après la première attaque, violente hémorragie utérine avec frissons, fièvre, vomissements, douleurs lancinantes et signes de ramollissement le long de la crête de l'iléon. Incision sur la ligne blanche au-dessous de l'ombilic; la cavité péritonéale est vide, le péritoine normal, un peu congestionné; on trouve une masse allant de la moitié gauche du bassin jusqu'à l'ombilic, revêtue par le péritoine aminci et distendu. Pour éviter l'issue de liquide dans le péritoine, on vide cette masse par une incision en dehors du ligament de Poupart; il s'écoule du sang caillé et fluide avec du pus. On suture l'incision médiane et on place un drain dans la cavité de la tumeur. De l'utérus il s'écoula en petite quantité un liquide sanguinolent pendant deux semaines; 10 jours après, on retirait le drain de sa cavité.

22 jours après l'opération, la malade, qui se levait, a une hémorragie par l'utérus et le rectum, avec ténesme et douleur dans l'extrémité inférieure droite; cette hémorragie se renouvela trois jours après; en explorant la ca-

Digitized by Google

vité, on trouva que les tissus avaient été disséqués et qu'il existait une communication avec l'extrémité supérieure du rectum. Quatre mois après l'opération, la malade était guérie sans qu'on eût fait une opération spéciale pour la fistule rectale. MAUBRAC.

V. — Femme de 30 ans, mère de 4 enfants. Dernières règles le 12 août. En novembre, elle consulte Stabler qui reconnaît des signes de métrite du col et trouvant la cavité utérine vide, ne croit pas à une grossesse. Saignée du col, badigeonnage de la cavité avec la teinture d'iode et le nitrate d'argent; tampons vaginaux de tanin. Soulagement temporaire des douleurs lombaires, diminution de la leucorrhée. Application ultérieure du courant galvanique, pôle négatif sur le col, 15 minutes toutes les 24 heures. Le 4 décembre, apparition des règles; douleurs considérables; le jour suivant, avortement, fœtus de 4 mois. Guérison de la mère. A. C.

MALADIES DES ENFANTS.

Aphasia with loss of an ear for music (Aphasie avec perte de l'oreille musicale), par KAST (*Aerztl. Intelligenzblatt*, *n°* 44, 1885).

Jeune garçon de 15 ans, tombé d'une charrette, et dont la tête vint frapper contre une roue. Lorsqu'il reprit connaissance, après plusieurs heures, il était paralysé du côté droit, incapable de prononcer un mot, mais comprenant ce qu'on lui disait. Deux mois après, l'hémiplégie et l'aphasie motrice avaient en partie disparu, mais le malade, qui était auparavant un membre distingué d'une société chorale, entendant chanter, trouvait le ton mauvais et croyait qu'on chantait faux. Il ne pouvait même pas suivre correctement une autre personne qui chantait. Deux ans plus tard, il ne pouvait prononcer que très peu de mots de plus; mais s'il était capable de répéter dans son ton exact ce qu'il avait entendu chanter, il chantait faux lorsqu'il était abandonné à lui-même. L'oreille musicale lui était revenue, car il distinguait la plus petite déviation dans un accord parfait.

Serait-il donc possible de différencier les facultés motrice et sensitive, pour la musique comme pour la parole? Seraient-elles indépendantes et auraient-elles un siège propre dans le cerveau? La question vaut la peine qu'on recherche des cas analogues dans les observations d'aphasie. DESCOURTIS.

Ein Beitrag zur Lehre von der Eklampsia Infantum (Contribution à l'étude de l'éclampsie de l'enfance), par H. LEWANDOWSKY (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 37, *p.* 596, 14 *septembre* 1885).

Lewandowsky réserve le nom d'éclampsie aux convulsions non symptomatiques de lésions matérielles du système nerveux central. Il en rapporte 10 observations, terminées par guérison; dans la plupart de ces cas, les convulsions paraissaient sous la dépendance de troubles digestifs.

Les convulsions unilatérales sont relativement fréquentes dans cette éclampsie réflexe, mais on ne saurait les considérer comme une forme

Digitized by Google

atténuée, car l'accès est aussi prolongé, les troubles respiratoires aussi marqués que dans l'éclampsie générale.

Assez souvent les mouvements convulsifs débutent par la face; ils gagnent ensuite le bras, et enfin le membre inférieur. Les effets calmants du chloroforme se font tout d'abord sentir sur le membre pris en dernier lieu.

La perte de la connaissance était absolue dans tous les cas; parfois, elle précédait les convulsions, auxquelles elle survivait toujours, pour se terminer par le sommeil.

Dans les intervalles, entre les attaques, la sensibilité réflexe était abolie du côté convulsé, et généralement conservée de l'autre côté.

Un seul des enfants a eu passagèrement de l'aphasie et de l'hémiparésie,

Le pronostic de l'éclampsie unilatérale n'est nullement fâcheux, pourvu qu'on fasse un traitement convenable pendant l'accès. Le chloroforme est pour Lewandowsky le remède souverain.

Lewandowsky rapporte ensuite deux cas dans lesquels la respiration artificielle et les affusions froides ont sauvé des enfants presque mourants, et un cas de spasme de la glotte dans lequel il a obtenu le même succès inespéré par la méthode de respiration artificielle de balancement due à B. Schultze. J. B.

Deux cas de méningite cérébro-spinale chez l'enfant, terminés par guérison, par HENOCH (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 52, *p.* 863, 28 *décembre* 1886).

L'un de ces faits, concernant un garçon de 7 ans, est l'objet de quelques détails, parce que le jeune malade offrait le symptôme décrit par Kernig. Au lit, mobilité parfaite des membres inférieurs; dans la position assise, contraction des genoux. La raideur de la nuque augmentait aussi lorsque l'enfant se dressait.

Chez les 2 malades, le traitement a consisté en ventouses sèches le long du rachis : frictions quotidiennes avec 1 gramme d'onguent gris et calomel à doses réfractées de 2 en 2 heures. J. B.

Reflex paraplegia, etc. (Deux cas de paraplégie réflexe par ver solitaire et phimosis), par EGGLESTON (*Journ. of amer. med. Assoc.*, *p.* 511, 8 *mai* 1886).

1° Petite fille de 6 ans qui, depuis 2 mois, était privée de la parole et de l'usage de ses membres inférieurs. Il n'y avait ni vomissement ni diarrhée : les pupilles étaient égales et l'appétit bon.

Lorsqu'on eut fait rendre à l'enfant un tænia solium long de 5 pieds, la parole revint aussitôt, et au bout de 2 jours la marche se faisait sans difficulté.

2° Enfant de 3 ans, rachitique, qui avait été pris de faiblesse progressive des membres inférieurs, et au bout de 15 jours avait été incapable de marcher : depuis 2 jours, on constatait du strabisme alternativement convergent et divergent.

Le patient est porteur d'un phimosis avec adhérences en deux points : on opère ce phimosis après insensibilisation par la cocaïne. Le strabisme a complètement disparu au bout de 48 heures : 3 jours plus tard, la marche était devenue possible. MAUBRAC.

Digitized by Google

Ueber Rückenmarkstumoren im Kindesalter (Des tumeurs de la moelle chez les enfants), par KOHTS (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 43, *p.* 702, 26 *oct.* 1885).

Kohts relate 4 cas de tumeurs de la moelle épinière chez l'enfant, avec autopsies.

Le 1er cas concerne un garçon de 15 ans qui pendant un certain temps avait eu de violentes douleurs dans le bras droit, avec diminution de la sensibilité et de la force musculaire. Brusquement, dans le cours de quelques heures, il fut pris de paralysie complète, et succombait au bout de 14 heures, aux progrès d'une paralysie ascendante.

L'autopsie révéla l'existence d'un sarcome très mou de la portion cervicale de la moelle.

Le 2e cas est celui d'une fillette d'un an et demi, née de parents tuberculeux, qui offrit durant l'évolution d'une méningite basilaire une sensibilité spéciale du rachis et une monoplégie du membre inférieur gauche.

A l'autopsie, on trouva un tubercule dans la portion dorsale de la moelle.

Dans le 3e cas, à la suite d'une scarlatine, apparurent une fièvre rémittente et de l'incertitude de la marche sans paralysie. Mort, au milieu de phénomènes méningitiques.

A l'autopsie, deux tubercules à l'extrémité inférieure de la moelle dorsale.

Le 4e malade avait une paralysie des membres inférieurs, avec excitabilité réflexe très exagérée et des trajets fistuleux provenant du rachis.

Son autopsie fit découvrir des noyaux caséeux dans le canal vertébral. J. B.

Ueber Pericarditis (De la péricardite chez les enfants), par STEFFEN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 43, *p.* 703, 26 *oct.* 1885).

Steffen a observé 32 cas de péricardite dans l'enfance, dont 4 dans la première année. L'affection primitive était dans 13 cas une pleurésie et dans 9 une tuberculose. Un signe physique important de l'épanchement péricardique est la résistance offerte au doigt lors de la palpation et de la percussion. Cette rénitence jointe à la difficulté de sentir le choc de la pointe fournit deux moyens de diagnostiquer la péricardite dans la dilatation aiguë du cœur assez fréquente dans la néphrite scarlatineuse en particulier.

Un bon médicament contre cette dilatation aiguë est le seigle ergoté à hautes doses. J. B.

Ein Fall von halbseitiger, im Auschlusse an stärkere Körperbewegungen auftretender Cyanose des Gesichts (Un cas de cyanose hémilatérale du visage en relation avec des mouvements corporels violents), par Ottomar ROSENBACH (*Centralblatt für Nervenheilkunde*, 15 *avril* 1886).

Garçon de 9 ans, chez lequel la mère a remarqué quelques mois auparavant, alors qu'il avait beaucoup joué, qu'une moitié du visage devenait bleuâtre. En effet, ce phénomène s'observe chez lui dès qu'il s'est livré à des mouvements un peu violents (monter un escalier, lever un poids, courir, etc...), surtout quand la température de la pièce où il se trouve est élevée. La teinte bleuâtre se montre d'abord sur la moitié droite du front, puis sur la joue, le nez, l'oreille, le menton, et peut devenir d'un bleu noirâtre; jamais elle n'empiète sur la moitié gauche. Quelques vaisseaux de la conjonctive sont bien un peu plus dilatés à droite, mais non cyanosés; la muqueuse des joues et de la bouche ne présente rien de particulier, non plus que l'ouverture palpébrale ni les pupilles. La température est très notablement plus élevée dans les parties qui présentent la teinte bleuâtre. La sensibilité

Digitized by Google

est égale des deux côtés. Lorsque l'enfant continue plus longtemps ses mouvements, la coloration devient bleu rouge, et peut se montrer aussi au cou; quant à la moitié gauche de la face, elle devient au contraire plus pâle, elle ne présente pas de sécrétion sudorale, tandis que celle de la moitié droite est très abondante. Ces troubles, même quand ils sont très marqués, ne durent guère plus d'un quart d'heure ; pendant les mois d'hiver qui ont suivi, ils ne se sont montrés qu'avec une bien plus grande difficulté. Pas de lésion cardiaque ni d'anomalie circulatoire. L'électrisation du grand sympathique ne donne pas naissance aux phénomènes signalés plus haut.

L'auteur discute minutieusement le mécanisme de production de ces singuliers phénomènes et arrive à conclure qu'il s'agit là d'un relâchement (non d'une paralysie) des parois des vaisseaux cutanés à la suite d'une disposition locale individuelle, et l'anhydrose du côté gauche peut être considérée comme aussi singulière que l'hyperhydrose du côté droit.

P. MARIE.

I. — **Note sur la tuberculose infantile, par LANDOUZY et QUEYRAT** (*Gaz. hebd.* 16 *avril* 1886, *et Soc. méd. des hôp.*, 21 *avril* 1886).

II. — **Tuberculose du premier âge, par QUEYRAT** (*Thèse de Paris*, 1886).

I et II. — La tuberculose de la première enfance est beaucoup moins rare qu'on ne l'a prétendu. Sur 339 enfants entrés en 1885 à la crèche de l'hôpital Tenon, 61 sont morts; 35 ont été autopsiés; 11 étaient tuberculeux. L'âge de ces 11 petits tuberculeux variait entre 3 et 23 mois.

Chez l'enfant de 7 à 10 ans, la maladie tuberculeuse prend volontiers des airs de tuberculose locale; chez le tout jeune enfant, au contraire, l'infection tuberculeuse a plutôt les allures d'une maladie générale. Aussi, pendant la vie, l'expression symptomatique est beaucoup plutôt celle d'une maladie générale fébrile que d'une affection pulmonaire; et, à l'autopsie, la localisation pulmonaire est peu importante, parfois à peine plus intense que les autres localisations sur les organes de l'économie dont l'atteinte atteste l'infection générale.

Un point à mettre en relief, est que la tuberculose infantile ne présente souvent qu'une lésion de bronchopneumonie.

Tantôt la bronchopneumonie, simple et banale en apparence, ne peut être démontrée tuberculeuse que par l'examen bactériologique.

Tantôt la bronchopneumonie coexiste avec les lésions microscopiques tuberculeuses.

L'enfant vivant dans un milieu familial à côté de la tuberculose peut se tuberculiser, par contagion, à moins qu'il n'ait reçu le germe tuberculeux par voie héréditaire. Sa tuberculose peut lui venir par contagion conceptionnelle. Cette tuberculisation par hérédité de la graine est possible (faits d'Arloing, Cornevin et Thomas, expériences de Straus et Chamberland montrant que les contages figurés peuvent passer des mères au placenta et du placenta au fœtus). Expériences de Landouzy et Martin fournissant la preuve de la transmission de la tuberculose par la graine.

RICHARDIÈRE.

Digitized by Google

Bemerkungen über Pneumonia crouposa im Kindesalter (La pneumonie franche dans l'enfance), par von DUSCH (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 43, *p.* 702, 26 *octobre* 1885).

En 27 ans, la policlinique d'Heidelberg a traité 630 cas de pneumonie franche dont 331 cas, c'est-à-dire plus de la moitié, chez des enfants au-dessous de 10 ans, tandis que les malades de cet âge ne constituent que le tiers de la totalité des malades soignés à la policlinique.

Dans les épidémies de pneumonie, les enfants sont également atteints de préférence.

Bien qu'on n'ait pas pu déceler la contagion, la fréquence de la maladie à certaines époques, son évolution cyclique et les nombreux degrés d'intensité qu'elle présente, tout indique un processus de nature infectieuse.

Les 630 pneumoniques ont fourni 56 décès (8 0/0), sur lesquels 15 seulement (4,5 0/0) chez des enfants au-dessous de 10 ans.

Il est des cas où le diagnostic, en l'absence de tout signe physique, ne peut se faire que par la fièvre et la dyspnée.

Le traitement antipyrétique est absolument superflu, vu la marche cyclique de la pneumonie. Les bains frais sont même contre-indiqués, comme pouvant donner lieu à du collapsus.

Dans la discussion, *Thomas* mentionne la fréquence de la pneumonie épidémique après les épidémies de rougeole. Il est aussi d'avis que les bains sont dangereux dans beaucoup de cas.

Quant à Demme, il traite la pneumonie chez les enfants par des compresses thoraciques, imbibées d'eau d'autant plus fraîche et renouvelées d'autant plus souvent que la température des petits malades est plus élevée.

J. B.

Remarques sur la glycosurie des athrepsiques, par Alb. ROBIN (*Gaz. méd. de Paris*, 19 *juin* 1886).

Dans un tiers des cas environ, on trouve, d'après l'auteur, du sucre dans l'urine des athrepsiés en quantité qui dépasse rarement 4 grammes par litre On le rencontre plus souvent dans l'athrepsie aiguë, surtout lorsque les enfants sont inquiets, agités plus que de coutume : dans la cyanose rapide, dans l'encéphalopathie urémique, son apparition est fréquente. D'une manière générale, la glycosurie existe chez les sujets dont la moyenne thermique est basse ; mais son apparition coïncide presque toujours avec les températures les plus hautes de la série.

OZENNE.

Péritonite suppurée chez un enfant, par BOSSHARDT (*Rev. méd. Suisse romande*, *v.* 490, *août* 1885).

Fillette âgée de 4 ans, chez laquelle on pratique la laparotomie pour une péritonite suppurée.

Incision de 5 à 6 centimètres sur le nombril, donnant issue à 4 litres de pus épais, verdâtre, inodore. Drain, pansement antiseptique. Dès lors, la fièvre tombe, la plaie se ferme dès le 5e jour après l'opération. Huit jours plus tard, le ventre augmente de nouveau, la plaie s'ouvre spontanément et laisse écouler 1 litre de pus.

Peu à peu, la plaie se ferme définitivement, l'enfant reprend des forces et

Digitized by Google

peut se lever, deux mois et demi après le début de la maladie, un mois après l'incision. Le ventre, encore un peu ballonné, n'est plus sensible; la matité thoracique a beaucoup diminué. J. B.

Ueber Darmbacterien bei Neugeborenen und Säuglingen (Des bactéries de l'intestin chez le nouveau-né et le nourrisson), par ESCHERICH (*Berl. klin. Woch.*, *n°* 43, *p.* 702, 26 *octobre* 1885).

Des bactéries apparaissent dans le méconium après la naissance, plus ou moins vite suivant la saison, plus rapidement en été, parfois seulement au bout de 24 heures. Dès que les selles du nouveau-né renferment du lait, les bactéries caractéristiques du méconium disparaissent pour faire place à d'autres. Les bactéries du méconium contiennent beaucoup d'espèces qui liquéfient le sol nourricier, au contraire les selles lactées ne renferment pas de bactéries peptonisantes. J. B.

Successful nephrectomy on a patient of twenty-three months (Néphrectomie chez un enfant de 23 mois), par ROSWELL PARK (*Med. News* 22 *mai* 1886).

P... a pratiqué la néphrectomie chez un enfant de 23 mois pour une dégénérescence fibro-kystique du rein droit, mesurant le volume d'une tête de fœtus. Au 12e jour, le petit malade était ramené, guéri, chez ses parents.

On ne compte encore que 4 cas de néphrectomie chez les tous jeunes enfants : Jessop a opéré un enfant de 30 mois pour un cancer encéphaloïde ; mort de récidive neuf mois après (*Lancet*, p. 180,1877). Kocher, un enfant de 2 ans et demi pour un adéno-sarcome. Mort au 2e jour. (*Deuts. Zeit. f. Chir.*, IX.)

Czerny; enfant de 11 mois. Adénome du rein; mort en 60 heures.(*Deuts. med. Woch.*, n° 31, 1881.) A. C.

Calcul prostatique chez un enfant, taille périnéale, par ZWICKE (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 38, *p.* 619, 21 *septembre* 1885).

Chez un garçon de 12 ans, Bardeleben a enlevé de la prostate un calcul de la grosseur d'un œuf de pigeon, qu'on sentait à travers le rectum. La lithotritie était impraticable parce que la pierre était enchatonnée ; la taille hypogastrique également, parce que, outre le siège déclive du calcul, il était impossible de dilater convenablement la vessie.

Bardeleben fit l'incision au périnée, mais le volume de la pierre exigea en outre une incision latérale de la prostate.

Ce calcul est formé extérieurement d'un mélange d'urate et de phosphate calcaires, tandis que son noyau est constitué par de l'acide urique. J. B.

Die subcutanen kalten Abcesse skrophulöser Kinder in ihrer Beziehung zur Tuberculose (Des abcès froids scrofuleux sous-cutanés des enfants dans leurs rapports avec la tuberculose), par GIESLER (*Centralblatt f. med. Wissensch.*, *n°* 10, 6 *mars* 1886).

L'auteur a recherché si les abcès froids sous-cutanés, scrofuleux, sont tuberculeux, et s'ils renferment le bacille de Koch ; à ce sujet, il a choisi des enfants, qui ne présentaient aucun autre symptôme de scrofule ou de tuberculose. Une seule fois, il trouva le bacille de Koch dans les granulations de la paroi. Les inoculations n'ont donné aucun résultat. Aussi l'auteur doute que ces abcès scrofuleux soient tuberculeux. ADOLPHE LESAGE.

Digitized by Google

A case of congenital cavernous lymphangioma of the back (Cas de lymphangiome caverneux congénital du dos), par C. B. PORTER (*Boston med. and surg. Journ.*, 25 *février* 1886).

Il s'agit d'un enfant de 4 mois, fort et vigoureux, qui présentait trois tumeurs sur la ligne médiane du dos entre les 3e et 6e vertèbres dorsales. Ces trois tumeurs étaient molles, compressibles, sensibles à la pression; elles paraissaient augmenter de volume lorsque l'enfant criait. La plus volumineuse des tumeurs, translucide au début, était opaque et de couleur foncée; elle avait la forme et les dimensions d'une grosse saucisse et était légèrement pédiculée. Les deux autres, plus petites et presque sessiles, étaient translucides. Tous les organes étaient sains et leurs fonctions normales. L'auteur diagnostiqua un spina bifida multiple et pratiqua l'ablation des tumeurs, à l'aide de ligatures. Huit jours après l'opération et sans cause connue, l'enfant fut atteint de gastro-entérite; il succomba quatre jours après. Les tumeurs, examinées par Gaunett, étaient des lymphangiomes caverneux typiques. J.-B. H.

Hypertrophie congénitale du pied à forme lipomateuse, par DUPLOUY (*Bull. de la Soc. de Chir.*, *t. XII*, *p.* 343-345, 1886).

Il s'agit d'une enfant de 5 ans dont le pied gauche était plus volumineux que l'autre au moment de la naissance, surtout au niveau des 3 premiers orteils. Cette disproportion s'accusa plus fortement dès les premiers essais de marche, et l'avant-pied s'est transformé en une sorte de massue avec énorme coussinet graisseux plantaire. Les deux derniers orteils, atrophiés et filiformes, ont été rejetés sur le dos du pied. La gêne considérable de la marche engage Duplouy à intervenir : il fait l'amputation de Lisfranc, en enlevant en outre les deux premiers cunéiformes. La dégénérescence graisseuse avait envahi tous les tissus, les métatarsiens étaient graisseux et friables. L'auteur pense qu'il s'agit d'une hypertrophie congénitale lipomateuse. L'artère pédieuse lui a paru un peu forte; les plantaires n'avaient rien d'exagéré.

Trélat, ainsi que Polaillon, croient que ces lipomatoses congénitales sont d'origine télangiectasique. MAURICE HACHE.

Ein Fall von Kopftetanus (Un cas de tétanos céphalique), par Heinrich HADLICH (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 17, *p.* 266, 27 *avril* 1885).

Petit garçon âgé de 26 mois. Le douzième jour, après une chute dans laquelle il s'était fait une plaie insignifiante de la joue droite, il est pris d'hémiplégie faciale droite ; dès le lendemain, il ne peut plus ouvrir la bouche. Dix jours plus tard, il commence à avoir des accès tétaniques, et c'est à ce moment que Hadlich est appelé, c'est-à-dire le vingt-troisième jour après l'accident.

Apyrexie ; à mi-distance entre la commissure labiale et l'oreille droites, plaie de 3/4 de centimètre de longueur recouverte d'une croûte; une pommade indifférente en complète la cicatrisation en 4 ou 5 jours.

Toute la moitié droite de la face est immobile, à l'exception de l'orbiculaire palpébral contracturé et dont le spasme augmente de façon à fermer presque complétement l'œil droit quand l'enfant pleure. Les deux muscles élévateurs ou dilatateurs des narines et l'orbiculaire labial droit sont également contracturés. Masséters très durs. Le petit malade ne peut écarter les mâchoires que de 1 centimètre. A chaque tentative de lui ouvrir davantage la bouche, il est pris d'un violent accès tétanique durant 1 à 2 minutes, avec salivation profuse. Mais il n'éprouve aucune difficulté pour boire.

Digitized by Google

Les jours suivants, les attaques convulsives se répétèrent; puis, peu à peu, elles diminuèrent. Au bout de 6 à 7 semaines, il ne restait plus qu'un peu d'hemiparésie faciale. Le traitement a consisté en administration d'abord du chloral à doses modérées, puis du bromure de potassium.

Hadlich fait remarquer que ce cas de tétanos céphalique indubitable ne peut recevoir le nom que lui a donné Rose, de tétanos hydrophobique, car ici le spasme de la déglutition manquait. Bond a publié en 1883 un fait analogue chez un jeune homme de 23 ans, mais le trismus avait précédé de 8 jours la paralysie faciale.

Le cas de Hadlich est le 16e de tétanos céphalique. Rose a relaté les 3 premiers. Bernhardt (*R. S. M.*, XXVI, 294) en a ajouté 8 dont 1 personnel; Güterbock en a observé 1 et retrouvé 3 autres dans la littérature. Sur les 16 cas, 5 ont guéri; ce sont les malades les plus jeunes (*R. S. M.*, XV, 694). J. B.

DERMATOLOGIE.

De la sarcomatose cutanée, par Léon PERRIN (*Thèse de Paris*, 1886).

Les sarcomes cutanés sont presques toujours des sarcomes globo-cellulaires; ils sont mélaniques ou non mélaniques, primitifs ou secondaires : ces diverses variétés méritent des descriptions spéciales.

Les *sarcomes non mélaniques généralisés primitifs* sont caractérisés au début par de petits noyaux de coloration bleue ou brun rougeâtre, de consistance assez dure ou par des taches diffuses pigmentées et cyanotiques, ou par des tumeurs hypodermiques sans changement de coloration de la peau; plus tard ils forment des tumeurs arrondies ou allongées, du volume d'un grain de mil à celui d'une fève ou même davantage, recouvertes d'une peau violacée ou brunâtre, dures, parfois réunies en plaques mamelonnées et irrégulières. Ces tumeurs peuvent rester stationnaires, disparaître spontanément par résorption, augmenter de nombre et s'ulcérer.

La mort arrive par cachexie et généralisation des tumeurs sarcomateuses aux viscères et aux muqueuses.

Au point de vue étiologique, on doit noter la rareté de la maladie en France, sa fréquence relative en Allemagne, en Italie et en Amérique.

La marche de la maladie permet de reconnaître trois types ou variétés de la maladie : 1° un type décrit surtout par Kaposi, et le plus fréquent, dans lequel les tumeurs débutent par les mains et les pieds, ne se multiplient et ne se généralisent que tardivement pour envahir toutes les régions; 2° dans d'autres cas, le début a lieu par une région quelconque autre que les extrémités, les tumeurs augmentent de nombre et respectent les pieds et les mains; 3° d'autres fois, il se développe d'abord une seule tumeur qui reste longtemps unique, puis se généralise rapidement à toute la surface du corps, même aux extrémités.

Le sarcome primitif est remarquable par la quantité de vaisseaux que

Digitized by Google

renferment les tumeurs; il présente, au point de vue histologique, des variétés nombreuses qui ne permettent pas une description d'ensemble.

Certains cas de sarcome primitif ont été considérés comme des cas de mycosis fongoïde : la *forme pseudo-mycosique* de la sarcomatose cutanée diffère du mycosis par l'absence de lésions eczématiformes et lichénoïdes, par l'importance moindre du réticulum lymphoïde, bien qu'en réalité elle soit au point de vue histologique un lymphosarcome.

Les *sarcomes non mélaniques généralisés secondaires* peuvent succéder à un sarcome cutané localisé, développé ordinairement sur les extrémités, ou à une tumeur ganglionnaire ou viscérale : ils reproduisent la structure de la tumeur primitive.

Les *sarcomes mélaniques primitifs* se développent le plus souvent sur un nævus irrité, ont une évolution très lente, jusqu'au moment où se fait la généralisation; celle-ci se produit parfois sans cause appréciable, d'autres fois après une irritation ou une intervention chirurgicale; les tumeurs, de coloration très foncée, de volume variable, s'ulcèrent souvent. La mort survient inévitablement par le fait des lésions viscérales ou de la cachexie.

Au microscope, on trouve dans les tumeurs un grand nombre de cellules fusiformes, et très peu de cellules rondes; la mélanine occupe les cellules soit autour du noyau, soit à l'intérieur du noyau, et aussi la substance intercellulaire. GEORGES THIBIERGE.

Beitrag zur Lehre von der Sklerodermie von HILDENBRAND (*Monatshefte f. prakt. Derm.* n° 5, *p.* 202, 1886).

L'auteur complète une observation, déjà publiée par Strassmann, de sclérodermie durant 31 ans, en signalant un phénomène intéressant : l'apparition du carcinome sur les parties lésées.

En 1884, la malade se fait opérer un petit adénome de la langue. A la fin de l'année, elle montre à l'auteur une ulcération du dos de la main, au niveau du premier espace interosseux; on fait le diagnostic du cancer et on pratique l'extirpation des tissus ulcérés. Le microscope confirme le diagnostic. Au bout d'un mois, il est nécessaire de renouveler l'opération. Un mois et demi plus tard, on est obligé de pratiquer l'amputation de l'avant-bras. Le carcinome se reproduit bientôt sur le bras. Cachexie. Mort.

A l'autopsie, pas de carcinome viscéral. L. GALLIARD.

Ueber Xeroderma pigmentosum, par JANOVSKY (*Wien. med. Presse*, n° 17, *p.* 546, 1886).

Voici la 37e observation publiée du xeroderma pigmentosum depuis le premier travail de Kaposi :

Garçon de 14 ans, chez qui la pigmentation a débuté à l'âge de six ans, d'abord au visage et à la poitrine, puis aux mains et enfin aux pieds. A l'âge de huit ans, se sont montrés les néoplasmes du visage, à l'angle interne des yeux. A dix ans, un traumatisme provoqua l'apparition des tumeurs au nez, et le nez fut détruit en une année. Le front fut envahi en dernier lieu.

Les parties cutanées et cartilagineuses du nez ont été enlevées par une ulcération à bords saillants, indurés, d'où partent des végétations arrondies qui oblitèrent les narines. Tumeurs épithéliomateuses exulcérées à l'angle externe de l'œil gauche, aux paupières, au front. Conjonctivite purulente, granulations du pharynx.

Digitized by Google

Il y a là les trois éléments caractéristiques du xeroderma pigmentosum : pigmentation, atrophie, néoplasie. On trouve ici fort peu d'ectasies vasculaires. Il faut remarquer dans ce cas la lenteur du développement des épithéliomas. L. GALLIARD.

Zum Capitel der Hypertrichosis, par P. MICHELSON (*Arch. f. path. An. u. Phys. C., H.* 1, *p.* 66).

L'auteur rapporte l'observation de deux familles dans lesquelles une hypertrichose plus ou moins généralisée coïncidait avec l'absence de diverses dents, mais surtout de la dent de sagesse. Le fait est intéressant parce que l'hypertrichose est souvent considérée comme un phénomène d'atavisme, tandis que, pour Darwin, la disparition de la dent de sagesse est un fait dénotant une civilisation très avancée. L'auteur compare ensuite, à divers points de vue, l'hypertrichose plus ou moins généralisée avec des lésions cutanées localisées telles que les nævus s'accompagnant d'un développement exagéré des poils. P. GALLOIS.

Spaltpilze bei der « Verruga peruana » (Schizomycètes dans la verrue du Pérou), par V. IZQUIERDO (*Arch. f. path. An. u. Phys. XCIX, H.* 3, *p.* 411).

La verrue du Pérou n'est pas seulement une lésion du derme, elle atteint également le tissu conjonctif sous-cutané. Ce n'est donc pas à proprement parler une verrue. Elle rappelle la structure du sarcome et peut être constituée par du tissu caverneux. On y trouve des microcoques groupés en masses et des bâtonnets situés soit entre les éléments anatomiques, soit dans les vaisseaux où ils déterminent des coagulations. Ils peuvent se rencontrer assez loin des parties malades dans la peau saine et le tissu conjonctif sous-cutané normal. L'auteur pense que le schizomycète (microcoque surtout) circule dans le sang et que c'est aux endroits où il sort des vaisseaux et pénètre dans le tissu conjonctif que se développent les prétendues verrues. Il n'y a pas de figures accompagnant ce travail, l'auteur n'a fait ni cultures, ni inoculations, aussi est-il difficile de se prononcer sur la valeur des faits annoncés. P. GALLOIS.

Teignes et teigneux, histoire médicale, hygiène publique, par H. FEULARD (*Thèse de Paris*, 1886).

L'auteur, dans un historique très soigné, montre les transformations subies par les classifications et par l'étiologie des teignes, puis fait voir l'influence des doctrines étiologiques sur le traitement de ces affections et expose l'état actuel de la question.

Les deux derniers chapitres de sa remarquable thèse sont consacrés à la statistique des teignes en France et à leur prophylaxie. A l'aide de la statistique des conseils de révision, il a pu dresser un tableau de la fréquence du favus et le comparer à celui dressé par Bergéron en 1865 à l'aide des mêmes documents : il a trouvé que le favus avait diminué dans de très fortes proportions, environ des deux tiers; cette diminution se fait progressivement et le favus doit finir par disparaître. Il serait important, pour cela, de ne plus en faire une cause d'exemption du service militaire. Pour la trichophytie qui est surtout une maladie des enfants

Digitized by Google

élevés dans les écoles, il faut surveiller les écoles, en exclure les enfants atteints de teigne et les placer dans des établissements spéciaux (écoles de teigneux) où ils recevront à la fois l'instruction et les soins nécessités par leur maladie. GEORGES THIBIERGE.

De la transmissibilité du psoriasis aux animaux, par Oscar LASSAR (*Berliner klinisch. Wochens.*, *n°* 47, *p.* 771, *et n°* 50, *p.* 832, 23 *novembre et* 14 *décembre* 1885).

Lassar a présenté à la Société médicale de Berlin deux lapins offrant une affection cutanée caractérisée par la formation de plaques rouges au niveau desquelles les poils tombent, la peau s'épaissit, devient parcheminée et desquame abondamment.

Cette dermatose est artificielle. Lassar l'a provoquée en inoculant au premier de ces animaux des squames épidermiques empruntées à un militaire réformé pour psoriasis. A cet effet, Lassar a frictionné vigoureusement la surface du corps de l'animal préalablement graissée. Dans le cours de 3 semaines sont apparus les phénomènes morbides signalés; et, il y a 10 jours, Lassar a inoculé le second lapin par l'intermédiaire du premier en procédant de la même façon que pour celui-ci.

Ce n'est pas d'ailleurs la première fois que pareille expérience réussit à Lassar. Il y a 4 ans, il avait déjà constaté et fait constater à Virchow et à Salkowski que dans certains cas on peut provoquer chez le lapin avec les débris de peau psoriasique de l'homme une affection offrant une analogie frappante avec le psoriasis.

Dans la discussion, Behrend conteste que la dermatose de ces lapins ressemble au psoriasis; pour lui, elle rappelle bien plutôt l'herpès tonsurant.

D'ailleurs, chez l'homme, le psoriasis du cuir chevelu ne fait jamais tomber les cheveux; au contraire, on remarque généralement que les psoriasiques ont une chevelure extrêmement luxuriante. J. B.

Ueber Pemphigus vegetans (Frambosioides), par J. NEUMANN (*Wiener med. Blaetter*, 1886, *p.* 258).

Sous le nom de pemphigus vegetans, l'auteur trace le tableau d'une maladie pour laquelle neuf observations personnelles lui ont fourni les éléments.

C'est d'abord au niveau des grandes et petites lèvres, puis sur la muqueuse buccale, sur les lèvres, dans l'aisselle, ensuite à l'anus, au rectum, chez l'homme sur la face interne des cuisses et sur les parties génitales qu'on voit apparaître des bulles lenticulaires qui se remplissent et deviennent progressivement saillantes; leur contenu est d'un blanc mat. L'épiderme ne tarde pas à s'enlever et sur les parties mises à nu on voit déjà au bout de 4 ou 5 jours de petites élévations qui se multiplient rapidement. La lésion a bientôt l'aspect d'une accumulation de fongosités nombreuses entourées immédiatement d'une auréole de tissu excorié, et, plus en dehors, de vésicules nombreuses disposées en lignes serpigineuses. Ces fongosités, sécrètent une liqueur fétide, alcaline, sale, peu épaisse, qui se dessèche pour former des croûtes minces qu'on enlève facilement.

Digitized by Google

De la muqueuse des lèvres et des joues les efflorescences s'étendent en lignes serpigineuses au dehors, autour de la bouche en sillonnant les commissures. Bientôt la langue, la luette, les amygdales, le pharynx, les fosses nasales et le larynx se prennent, il résulte une dysphagie considérable et des troubles respiratoires, le malade refuse de s'alimenter, respire par la bouche et son malaise augmente. D'autres parties cutanées ne tarderont pas à devenir le siège de ces lésions, spécialement l'aisselle, la paume de la main et les ongles ; des lymphangites se développent, le reste de la peau se prend et le malade ne pourra plus trouver quelque soulagement que dans un bain. L'odeur gangréneuse qu'il exhale rend son approche pénible; il souffre de contractures douloureuses, enfin, au bout d'un temps plus ou moins éloigné, le malade succombe fatalement dans le marasme.

Ce qui distingue ces efflorescences des condylomes syphilitiques avec lesquels elles ont été souvent confondues, c'est la présence de l'auréole vésiculeuse et l'absence du bord net, infiltré d'une part, l'absence d'autres symptômes de syphilis, la marche sans aucune tendance régressive, d'autre part.

Anatomo-pathologiquement, le pemphigus vegetans a son siège dans l'épiderme et les parties superficielles du derme en y comprenant les glandes sudoripares. Dans le réseau de Malpighi, se forment de petits foyers purulents qui se portent progressivement en avant et détachent finalement l'épiderme pour former des vésicules. Les papilles augmentent de volume, les vaisseaux lymphatiques et sanguins se dilatent, les follicules s'obstruent et le derme subit une régression granuleuse.

M. SCHACHMANN.

Prurigo bei lymphatischer Anœmie (Prurigo dans l'anémie lymphatique), par E. WAGNER (*D. Arch. f. klin. Med., Band XXXVIII, Heft 3, p. 199, 1886*).

L'auteur a observé un cas nouveau de prurigo dans l'anémie lymphatique. Il est à ajouter aux cas semblables déjà connus (Wunderlich). Thiersch en a vu également un cas.

Chez le malade de Wagner, qui présentait des ganglions hypertrophiés dans les diverses régions, il se produisit sur la peau de petits nodules blancs ou rouges, plus ou moins gros, qui provoquaient une démangeaison très vive et amenaient un grattage violent.

A l'autopsie, indépendamment de l'hypertrophie des ganglions de diverses régions et de la rate, on constata au microscope des lésions d'inflammation simple de la peau.

Il n'est pas dit s'il y avait augmentation du nombre des globules blancs, s'il s'agissait par conséquent d'une lymphadénie ou d'une leucocythémie.

A. M.

De l'hydroa, par H. RADCLIFFE CROCKER (*Brit. med. journ., p. 966, mai 1886*).

D'une série de huit observations relatées en détail, Radcliffe Crocker tire les conclusions suivantes :

Il y a un groupe d'affections vésicobulleuses de la peau distinct du pemphigus, de l'herpès et de l'érythème exsudatif, bien qu'ayant certains caractères communs; on doit lui réserver le nom d'hydroa herpétiforme. Les symptômes de cette affection sont les suivants : Au moment de son

Digitized by Google

évolution, l'hydroa se caractérise par un érythème presque toujours circiné, sur lequel se groupent des vésicules, des bulles et même parfois des pustules, à la façon des plaques d'herpès. L'affection s'accompagne d'un prurit intense et la lésion cutanée marche excentriquement, l'érythème gagnant la périphérie avec sa couronne de vésicules, tandis qu'il pâlit et s'affaisse au centre. L'évolution de cette dermatose est assez longue, susceptible d'exacerbations et de rémissions, de retours fréquents, mais finalement guérissant toujours.

Le traitement recommandé par l'auteur est une hygiène sévère, l'abstention d'épices, d'alcool, etc., et l'arsenic à l'intérieur, à doses élevées. On se trouve également bien de la belladone et de la quinine à petites doses. Le traitement local ne s'adresse qu'à la démangeaison; l'auteur conseille des lotions avec deux drachmes de liqueur carbonique étendue dans huit onces d'eau. H. R.

L'ulcère de Pendjé, par LUBELSKI (*Vratch*, 1er *mai* 1886).

L'auteur a observé une quarantaine de cas de cette affection chez des soldats de l'armée russe transcaspienne. Il la considère comme de la même nature que les ulcères des pays chauds, le bouton de Biskra. C'est un ulcère siégeant sur toutes les régions, mais de préférence aux membres inférieurs. On peut distinguer, suivant l'intensité de l'affection, trois formes :

1° Légère ; ulcérations petites, dépassant à peine un centimètre, entourées d'une zone enflammée, sur une base indurée, formant une espèce de clou, qui se vide et laisse un ulcère plus étendu ;

2° Dans la seconde forme, les ulcérations sont multiples, étendues, irrégulières, séparées par de très petites bandes de peau saine, présentant une ressemblance avec un chancre phagédénique ;

3° Dans la forme grave, les ulcères siègent sur plusieurs points du tégument, sont étendus; les bords taillés à pic, avec un fond brun grisâtre séropurulent.

Traitement par l'iodoforme et l'acide phénique. A. C.

De l'érythème polymorphe, sa nature et son traitement spécifique, par VILLEMIN (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 2e *série*, *t. XV*, *n*° 20).

Après avoir passé en revue les opinions des principaux dermatologistes, l'auteur arrive à conclure que les érythèmes dits papuleux, noueux, circinés, vésiculeux ne sont que des variétés d'un même type morbide, l'érythème polymorphe. Cet érythème polymorphe est une maladie générale de nature spécifique, dont l'éruption cutanée n'est qu'un syndrome. Les douleurs des tissus fibreux, les tuméfactions et les épanchements articulaires que l'on observe ne relèvent pas du rhumatisme, mais ne sont qu'une des manifestations de la maladie elle-même.

C'est l'iodure de potassium qui constituerait la médication spécifique par excellence dans cette affection. Avec une dose moyenne de 2 grammes de ce sel par jour, on voit en moins de 48 heures la température tomber de 40° à 37°, l'érythème pâlir et s'effacer, les douleurs s'évanouir et les tuméfactions articulaires se dissiper. En trois ou

Digitized by Google

quatre jours il n'y a plus trace de la maladie. Si, comme cela arrive souvent, il y avait menace de récidive, une nouvelle dose d'iodure de potassium suffirait à l'enrayer. GASTON DECAISNE.

Ueber die Beziehungen des Lupus vulgaris zur Tuberculose (Lupus et tuberculose), par Max BENDER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 23, *p.* 396, 1886).

L'auteur a observé, du 1er juin 1882 au 1er octobre 1885, 374 cas de lupus. Laissant de côté ceux qui ne lui fournissent pas de données certaines au point de vue pathogénique, il en utilise 159 pour sa statistique.

Sur ces 159 cas, il trouve 53 fois, c'est-à-dire dans 33,3 0/0, des antécédents héréditaires indubitables.

99 fois, c'est-à-dire dans 62,3 0/0, les sujets eux-mêmes ont offert ou offrent des symptômes de tuberculose certaine.

En éliminant tous les renseignements douteux, l'auteur ne trouve que 14 cas (8 0/0) dans lesquels il puisse affirmer que le sujet et toute sa famille soient absolument indemnes de tuberculose. L. GALLIARD.

Inoculation of leprosy (Inoculation de la lèpre), par W. HATCH (*Brit. med. j.*, *p.* 1213, *juin* 1886).

Le 27 juin 1885, un étudiant en médecine de Bombay se pique au dos de la main en faisant une autopsie de lépreux. Le lendemain, il ressent du gonflement et de la douleur au niveau du ganglion sus-épitrochléen, et le surlendemain aux ganglions axillaires. Le 30, on constate que le nerf cubital est douloureux, gonflé et d'aspect nodulaire ou moniliforme : il est le siège d'élancements pénibles. État nerveux très accentué, embarras gastrique.

Le mois suivant, rachialgie et douleurs testiculaires : on constate de l'induration du testicule et de l'épididyme qui devient noueux et dur : en même temps, il se produit de l'anesthésie à la main et à l'avant-bras gauche ainsi qu'une atrophie des interosseux.

Ces accidents durèrent six mois et disparurent graduellement ; l'auteur regarde ce fait comme un exemple de lèpre inoculée. Le traitement consista en frictions mercurielles. H. R.

Contribution à l'étude du traitement des chéloïdes, par G. GUYARD (*Thèse de Paris*, 1886).

Le traitement médical des chéloïdes ne donne le plus souvent aucun résultat. L'extirpation largement pratiquée est la meilleure méthode de traitement ; la compression pendant la cicatrisation favorise la guérison définitive. Les scarifications linéaires quadrillées, préconisées par E. Vidal, donnent de très bons résultats ; elles font rapidement cesser les douleurs ; on doit les pratiquer régulièrement, à intervalles égaux, et les continuer jusqu'à disparition complète du tissu induré. Dans les chéloïdes récidivées à la suite de l'ablation, les scarifications doivent être employées dès le début de la récidive. GEORGES THIBIERGE.

Traitement de l'hypertrichose par la galvanopuncture, par BROCQ (*Soc. méd. des hôp.*, 28 *mai* 1886).

Brocq examine d'abord les diverses circonstances cliniques dans lesquelles le médecin peut être appelé à détruire les poils trop abondants ou poussés dans des régions qui, normalement, doivent être

Digitized by Google

glabres. L'hypertrichose peut exister au niveau de certains nævi qu'elle complique en les rendant plus disgracieux encore ; l'hypertrichose peut apparaître pendant l'âge mûr à la ménopause, ou chez les jeunes filles, et il est évident que, dans ces diverses circonstances, l'urgence d'une intervention thérapeutique sera plus ou moins grande. Brocq emploie de fines aiguilles d'or ou de platine à l'aide desquelles il pratique une sorte de cathétérisme du follicule pileux, et l'habitude lui permet de savoir à quelle profondeur, suivant la région, l'aiguille doit pénétrer pour arriver au contact du bulbe. En faisant passer le courant à ce moment, on produit la destruction de celui-ci. La douleur est très variable, quelquefois nulle ou insignifiante, généralement modérée. Il ne se produit pas de cicatrices dans les régions où on a pratiqué l'épilation par ce procédé, et, bien que l'on ne soit pas assuré qu'aucun des poils enlevés ne repoussera, cependant le plus grand nombre est définitivement détruit. Il est impossible d'enlever plus de 36 poils dans une séance de trois quarts d'heure. A une malade qu'il traite en ce moment, Brocq a déjà enlevé 1,300 poils. A. C.

Ichthyol und Resorcin, par UNNA (*Broch. Hambourg*, 1886).

L'ichthyol, ou sulfo-ichthyolate d'ammoniaque, a fourni à l'auteur des résultats remarquables dans la cure d'un grand nombre de dermatoses. A l'extérieur, l'auteur emploie soit une solution d'ichthyol dans l'eau à 10 0/0, soit une pâte à 20 0/0, soit un savon composé de :

Ichthyol.	10 parties
Eaux de chaux . . . . }	*aa* 200,
Huile d'olive. . . . . }	

Soit une solution éthérée :

Ichthyol. . . . . }	*aa* 10
Éther sulfurique. . . . }	
Collodion	20

L'usage externe est généralement combiné avec l'administration, à l'intérieur, de 0gr,75 à 1gr,50 d'ichthyol par jour pour les adultes. Le médicament réussit dans le traitement de l'acné rosacée, de l'acné indurée, des eczémas récidivants, du lichen ortié, de l'érythème polymorphe, des scrofulides cutanées, des dermatoses parasitaires ; on peut l'employer aussi dans les brûlures, dans le lupus. Il sera donc difficile de trouver des dermatoses qui lui échappent.

La résorcine a un rôle plus modeste. Elle s'adresse surtout au pityriasis capitis, à la séborrhée sèche, l'eczéma séborrhéique de la face, l'eczéma psoriasiforme de la face. On commence avec une pommade à 2 0/0 pour les malades de la policlinique et, quand on peut les garder à l'hôpital, on leur couvre la face avec un emplâtre contenant 50 0/0 de résorcine. Au bout de 2 ou 3 jours, la peau desquame et la guérison s'effectue. Le médicament rend aussi des services dans l'eczéma des bourses et dans l'icthyose. L. GALLIARD.

Digitized by Google

I.—Ueber das Lanolin, eine neue Salbengrundlage (De la lanoline et de son emploi dans la préparation des pommades), par Oscar LIEBREICH (*Berlin. klin. Woch.*, n° 47, *p.* 761, 23 *nov.* 1885).

II. — Ueber die Wirkung des Lanolin bei Hautkrankheiten (Action de la lanoline dans les dermatoses), par Ed. STERN (*Deutsche med. Woch.*, n° 15, *p.* 255, 1885).

I. — C'est Hartmann d'abord, puis E. Schulze (*R. S. M.* I, 543, et II, 70) qui ont établi que dans le suint les acides gras étaient combinés à la cholestérine, constituant ainsi une nouvelle série de corps gras spéciaux à l'organisme humain. Mais Berthelot avait déjà signalé l'existence des graisses cholestérinées qu'il avait réussi à préparer en chauffant la cholestérine avec des acides gras.

Liebreich a recherché si les graisses de cholestérine se rencontraient uniquement dans le suint, comme le blanc de baleine dans le crâne du cachalot et la glande anale de l'oie, ou bien, si au contraire elles étaient répandues dans tout l'organisme, comme les graisses de glycérine.

Pour déceler les graisses cholestérinées, Liebreich a eu recours à la réaction très simple du cholestol, découverte par G. Liebermann. A cet effet, on dissout la graisse qu'on veut examiner dans l'anhydride acétique; si l'on ajoute une très petite quantité d'acide sulfurique concentré, il se produit une coloration rose qui très rapidement passe au bleu et enfin au vert.

Toutes les graisses cholestérinées, même celles ne contenant aucune trace de cholestérine libre, offrent très nettement la réaction dn cholestol que ne présente aucune graisse à glycérine, ni par exemple le protagon, la lécithine, le blanc de baleine et la cire d'abeilles.

Au point de vue pharmacologique, Liebreich a été frappé de la facilité avec laquelle la graisse cholestérinée du suint pénètre la peau, ce qui tient sans doute à ce qu'elle provient d'un tissu contenant de la kératine. D'autre part elle peut absorber plus de 100 0/0 d'eau.

Liebreich a donné le nom de *lanoline* à la combinaison aqueuse de cette graisse neutre. On prépare la lanoline en plaçant le suint dans la machine centrifuge. Comme dans le barattage du lait, il se produit une séparation en deux et la partie crémeuse contient la lanoline.

Son introduction à travers la peau est si prompte que pour faciliter les onctions il est bon d'y ajouter de 5 à 10 0/0 d'axonge ou de glycérine. L'absorption d'une pommade de lanoline et de sublimé est si rapide qu'au bout de quelques minutes on perçoit une saveur métallique. J. B.

II. — La lanoline, introduite dans la pratique médicale par Liebreich, rendra de grands services. Quand on la fait entrer dans la composition de l'onguent diachylon, on obtient une pommade parfaite, c'est-à-dire pouvant être absorbée par la peau, mais pas assez complètement pour qu'il n'en reste pas une partie à la surface des téguments.

Elle est utile dans l'eczéma de l'enfant ou de l'adulte, dans la séborrhée du cuir chevelu. On peut l'introduire dans l'onguent de Wilkinson pour guérir rapidement la gale, et la mélanger à la chrysarobine dans le traitement du psoriasis. L. GALLIARD.

Digitized by Google

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Le corps et l'esprit. Action du moral et de l'imagination sur le physique, par Hack TUKE, traduit par V. PARANT (*In-8°, Paris* 1886).

Travail très intéressant, impossible à résumer, dont nous ne citerons que les traits principaux. Les divers états d'esprit qui forment l'intelligence peuvent, par leur action sur les muscles volontaires, produire : des contractions et des relâchements coordonnés, qui sont les mouvements ordinaires; des contractions irrégulières ou excessives, d'où résultent les spasmes et les convulsions ; la perte du mouvement ou paralysie. Sur le cœur et les muscles lisses, l'intelligence produit les mêmes effets : mouvements réguliers, spasmes, paralysie. Sur les fonctions organiques, elle agit encore d'une façon manifeste : elle peut exciter, modifier ou suspendre leur exercice; elle cause des changements dans la nutrition, dans la sécrétion, dans l'excrétion, et de la sorte elle influe sur le développement et la conservation du corps.

De leur côté, les émotions agissent sur les sensations, sur les muscles volontaires et sur les muscles involontaires, enfin sur les fonctions organiques. La volonté a aussi une action spéciale. De tout cela, il résulte que l'esprit a une influence indiscutable sur le corps et qu'on doit savoir en profiter dans la pratique médicale. Le braidisme, du reste, en est une preuve.

DESCOURTIS.

Ueber eine eigenthümliche Form von Gesichtsillusion (Sur une forme particulière d'illusion de la vue), par Ottomar ROSENBACH (*Cent. für Nervenheilkunde, 1er avril* 1886).

Il s'agit d'un homme de 40 ans, sans antécédents héréditaires, d'une situation sociale et d'une instruction au-dessus de la moyenne qui par ses occupations est astreint à un travail de tête prolongé et demandant une grande attention. Lorsqu'il sort après son travail, toutes les personnes qu'il rencontre soit dans la rue, soit en tramway ou au restaurant, il lui semble les connaître, il leur trouve les traits de personnes avec qui souvent il n'a eu que de très rares relations et qu'il avait à peu près oubliées, quelquefois aussi de personnes mortes depuis plus ou moins longtemps; il est parfois tenté d'aller leur parler, mais par la réflexion, par une étude plus prolongée de leur visage, il ne tarde pas à se rendre compte qu'elles ne ressemblent réellement en rien aux individus pour qui il les avait prises tout d'abord.

La durée qu'affecte chacune de ces périodes d'illusion est d'une demi-heure à une heure, pendant laquelle il lui arrive de faire jusqu'à 8 ou 10 méprises semblables. Mais plus il applique son attention à reconnaître son erreur, plus rapidement disparaît l'illusion et moins elle a de tendance à se reproduire.

L'auteur pense que ces illusions tiennent ici surtout à un défaut de l'attention.

P. MARIE.

Digitized by Google

Ueber die Beeinflussung der Geistesstörung durch Schwangerschaft (Sur l'influence exercée par la grossesse sur les troubles mentaux), par PERETTI (*Arch. für Psychiatrie und Nervenkr., Bd. XVI, H. 2, p.* 444).

Le travail de Peretti contient 15 observations qui concernent des femmes devenues enceintes dans le cours de la démence. De ces 15 observations, 5 témoignent d'une influence favorable exercée par la grossesse sur le trouble mental ; il est vrai que, dans les 5 cas, le début de la psychose ne remontait pas à plus de 6 mois avant l'époque de la conception. Chez les 10 autres femmes, dont 7 étaient folles depuis plus de 6 mois, la grossesse exerça une influence inverse. Toutes les 10 ont accouché à terme, d'enfants bien développés, dont 2 morts-nés (dans un de ces 2 cas, la mort de l'enfant pouvait être attribuée à des sévices exercés par le père). Chez toutes, l'accouchement a été facile ; chez l'une, même le travail passa inaperçu, jusqu'après l'expulsion de l'enfant. Chez plusieurs de ces femmes, la délivrance a été suivie d'une grande agitation. Bref, en considérant l'ensemble de ces faits, l'auteur conclut que la grossesse a plutôt une tendance à aggraver la folie qu'à lui imprimer une modification favorable, comme il ressort de 8 autres observations. A noter encore qu'aucune des femmes, dont les observations sont relatées par Peretti, n'était primipare ; chez 11 sur 15, la psychose pouvait être considérée comme d'origine puerpérale. E. RICKLIN.

Zur Kenntniss der Morphiumpsychosen (Contribution à l'étude des psychoses engendrées par la morphine), par H. SMIDT (*Arch. für Psychiatrie und Nervenkr., Bd. XVII, H. 1, p.* 257).

Smidt publie quatre observations de morphinisme chronique et en tire parti pour faire une étude des troubles psychiques qu'on observe pendant que les malades s'adonnent à la morphinomanie et aussi pendant la période de suppression. Chez quatre malades, le symptôme dominant a été le délire. Ce délire n'a rien de commun avec l'ivresse narcotique ; il éclate au moment où on commence à diminuer la dose de morphine, chez les individus prédisposés aux troubles psychiques par des excès antérieurs ou par le fait de l'hérédité, chez les autres après la suppression complète de la morphine. La production des hallucinations est favorisée par l'angoisse, la dépression psychique et les troubles de l'accommodation, symptômes habituels du morphinisme. L'angoisse coïncide avec des palpitations, des lipothymies ; la soif d'air, absolument comme dans le cas d'un accès d'angine de poitrine, atteint souvent un degré extrême. A noter que, chez deux des malades, l'administration de la cocaïne a eu pour effet d'empêcher les hallucinations de survenir au moment d'un accès d'angoisse. La dépression psychique, l'impossibilité de concentrer ses pensées sur un même sujet sont des manifestations tout aussi constantes, ainsi que les troubles de l'accommodation. En même temps, la pupille, au moment de la suppression du poison, passe, en l'espace de vingt-quatre heures, du degré extrême du myosis au degré extrême de la mydriase, et on voit se produire alors les mêmes troubles visuels qu'à la suite des instillations d'atropine.

L'auteur passe ensuite en revue les diverses modalités du délire chez

Digitized by Google

les morphinomanes : tantôt sous l'influence de l'angoisse qu'ils ressentent, les malades voient des êtres fantastiques qui les poursuivent, tantôt ils sont dominés par la crainte d'une mort prochaine ; ou bien le délire est influencé par les sensations anormales éprouvées par les malades, ou il reflète le réveil de l'appétit sexuel, quand les idées délirantes éclatent pendant la période d'abstention. L'un des malades de Smidt a été en proie, pendant assez longtemps, au délire des persécutions avec symptômes de paralysie générale; un autre était simplement en butte au délire des persécutions.

Le pronostic de ce délire est plus bénin que celui du délire alcoolique. La cocaïne administrée à petites doses exerce une influence salutaire sur les hallucinations comme il a déjà été mentionné plus haut. E. RICKLIN.

Chloroformsucht (Passion de chloroforme; chloroformomanie), par Paul REHM (*Berliner klinische Wochens., n° 20, p. 317, 18 mai 1885*).

1er Cas. Pharmacien âgé de 47 ans. Il y a 5 ans il s'est mis à combattre des coliques intestinales avec de l'opium et des injections morphinées; un an plus tard, il était déjà devenu morphinophage pour son plaisir. Une cure de Carlsbad l'avait guéri à la fois de ses troubles abdominaux et de sa passion pour la morphine. Mais à peine rentré chez lui, il eut une rechute à ces deux points de vue. Un nouveau voyage le rétablit. A son retour, la morphine ne lui donnant plus de soulagement qu'à de très hautes doses, il la remplaça par le chloroforme. Il en inhalait jour et nuit; en vingt-quatre heures, il en a souvent consommé une bouteille à vin et la nuit plus d'une livre. Son caractère devint irritable, indifférent à tout, son humeur noire; il perdit la mémoire et l'appétit, maigrit, eut de l'anasarque, un gonflement considérable du foie, de l'oppression et ses cheveux blanchirent. Il avait les extrémités froides, les conjonctives subictériques, la respiration accélérée et le pouls fréquent (120) mais très faible. Son nez était extérieurement et intérieurement brûlé par le chloroforme et il reniflait constamment. Son foie dépassait de plusieurs doigts les côtes. Sa langue était agitée de frémissements. L'instinct génital était éteint. Dans la maison de santé où il entra, il fut très facile de le déshabituer du chloroforme. Le sommeil et la gaieté revinrent; en 3 semaines, le poids augmenta de 11 livres. Ayant quitté cet établissement contre le gré de Rehm, au bout d'un mois, il recommençait à absorber en 36 heures une livre de chloroforme. Revenu dans la maison de santé, il s'y rétablit rapidement et augmente de 26 livres en moins de 3 semaines. L'autorité lui ayant interdit pour un certain temps de pratiquer la pharmacie, il fréquente un laboratoire où il a constamment sous la main du chloroforme sans se laisser aller à sa passion. Mais la récidive se produit à la suite du refus qu'on lui oppose lorsqu'il veut reprendre la direction de son officine. Il revient alors pour la troisième fois dans l'établissement de Rehm, se passe facilement de chloroforme, mais reste sans énergie, susceptible et oublieux; puis survient une période d'excitation où il boit, dépense de l'argent, fait beaucoup de projets et se querelle volontiers. Bientôt, pour se soustraire à la discipline de l'établissement, il prend logement en ville et s'y livre à la boisson.

2e Cas. Femme de 71 ans. Depuis la mort de son mari survenue il y a une trentaine d'années, elle s'est mise à respirer quotidiennement du chloroforme et à boire en même temps beaucoup de vin; finalement elle a bu de l'éther et du chloroforme. Il y a un an, elle a eu un accès maniaque très grave à la suite duquel elle a promis de ne plus prendre de chloroforme. Mais, dès lors, elle a bu de plus en plus de vin, inhalé force éther et même ingéré des gouttes éthérées. Sa mémoire et son intelligence sont demeurées entières, mais elle a l'humeur méfiante et la propension au mensonge, familières à

Digitized by Google

beaucoup d'alcooliques et de morphiniques. C'est à peine si elle avoue respirer de loin en loin quelques gouttes d'éther et prendre un doigt de vin. En revanche, elle déploie beaucoup de ruse pour se procurer ces stimulants et en cacher les effets (*R. S. M.*, VI, 236 et XXII, 76). J. B.

Ueber Schwund markhaltiger Nervenfasern in der Grosshirnrinde bei der progressiven Paralyse und anderen chronischen Gehirnkrankheiten (De l'atrophie des fibres nerveuses à myéline de la substance corticale du cerveau dans la paralysie générale et autres affections cérébrales chroniques), par ZACHER (*Berlin. klin. Woch. n° 29, p. 471, 20 juillet* 1885).

Zacher a recherché si l'atrophie des fibres à myéline constatée par Tuczek pour la paralysie générale dans certains districts de l'écorce cérébrale se rencontrait constamment et exclusivement dans cette affection, ou, au contraire, si on pouvait l'observer dans d'autres formes de l'aliénation mentale.

A cet effet, il a examiné 30 cerveaux différents : les uns, par la méthode d'Exner ; les autres, par une modification de la méthode de Weigert indiquée par Friedmann. Tous les 12 cerveaux de paralytiques généraux offraient une disparition plus ou moins complète des tubes nerveux à myéline de la substance corticale ; dans la plupart des cas, l'atrophie était plus intense et plus étendue dans les régions antérieures, bien qu'encore très appréciable dans les régions moyennes et postérieures du cerveau ; deux fois même, elle était plus considérable dans ces dernières régions qu'au niveau des circonvolutions antérieures.

Mais Zacher a constaté pareille atrophie dans 8 cerveaux d'épileptiques, dans 1 d'idiot, dans 3 de déments séniles et dans 3 de monomaniaques. Un fait curieux, c'est que les 3 cas d'épilepsie et 2 de délire systématisé reconnaissaient pour cause l'alcoolisme. J. B.

Studii sulla peptonuria negli alienati, par MACCABRUNI (*Archivio italiano per le malattie nervose, fasc. V et VI*, 1885).

Les aliénés tranquilles ne présentent pas de peptonurie ; elle est rare également chez les agités. Elle s'observe surtout à l'occasion de maladies intercurrentes, elle s'observe notamment quand il y a de la fièvre, bien qu'elle puisse manquer. Elle n'a pas de rapport constant avec les autres matériaux de l'urine et ne dépend pas de l'albuminurie. Elle fait supposer chez les agités une maladie latente ou une altération de la nutrition résultant de l'agitation. L'auteur a surtout trouvé la peptonurie dans l'acmé des maladies intercurrentes et dans leur résolution, dans les processus de suppuration, d'inflammation, de gangrène, dans la tuberculose et dans les fièvres d'infection. Elle manque chez les pellagreux, même avec diarrhée et fièvre, chez les épileptiques et les hystériques, chez les hydrophobes. La constatation de la peptonurie peut être utile pour mettre sur la voie d'une maladie latente, quand il n'y a pas encore de symptômes accusés. F. BALZER.

Allgemeine Paralyse mit sensorischer Aphasie associirt (Paralysie générale associée avec l'aphasie sensorielle), par Albert ROSENTHAL (*Centr. für Nervenheilkunde*, 15 *avril* 1886).

Homme de 43 ans, ingénieur, présenta après une attaque apoplectique une

Digitized by Google

aphasie consistant en perte de la mémoire des mots en tant que signes acoustiques; la partie motrice de la faculté du langage resta intacte. Il n'existait pas de surdité verbale; de plus il y avait de l'alexie non pas pour les lettres isolées mais pour les mots un peu compliqués; son écriture était aussi un peu incomplète.

A l'autopsie, méningite chronique et ramollissement des 2e et 3e circonvolutions temporales gauches; la 1re temporale n'était qu'à peine touchée en un point par la lésion, ce qui expliquerait l'absence de surdité verbale, symptôme qui, d'après Wernicke, serait exclusivement sous la dépendance de la 1re temporale gauche.

A lire dans l'original la revue de cas d'aphasie sensorielle plus ou moins analogues comme symptômes et comme lésions, ou survenus chez des paralytiques généraux, publiés par Kussmaul, Wernicke, etc...

P. MARIE.

Rémissions dans le cours de la paralysie générale, par LARROQUE (*Thèse de Paris*, 1886).

Les rémissions de la paralysie générale ne peuvent être expliquées par l'anatomie pathologique. Il est certain cependant qu'elles existent. On les observe environ une fois sur huit malades. Elles sont complètes ou incomplètes, mais ces dernières sont les plus fréquentes. Elles se produisent dans toutes les formes de la paralysie générale, et plus souvent dans les périodes initiales de la maladie. Leur durée moyenne se trouve comprise entre six mois et un an.

En général, elles sont consécutives à des affections incidentes; dans ce cas, elles sont plus durables. Les suppurations, et toutes les affections qui produisent du pus en abondance, constituent la meilleure préparation aux rémissions. Mais même pendant ces rémissions, il persiste souvent quelques troubles, tels que l'embarras de la parole, l'inégalité pupillaire, un état enfantin, l'affaiblissement de la volonté et du caractère. Chez les paralytiques généraux héréditaires, les rémissions sont plus fréquentes et moins durables. Il en est de même dans la paralysie générale à double forme. Dans les pseudo-paralysies générales alcoolique, syphilitique, saturnine etc., les rémissions sont encore très fréquentes. Au contraire, chez les femmes, elles sont plus rares. Pour les provoquer, il faut s'adresser surtout à la révulsion et à la suppuration. Quand elles sont obtenues, le paralytique général peut vivre dans la société, mais elles ne lui laissent en général que des facultés amoindries et une responsabilité atténuée.

DESCOURTIS.

Cas de paralysie générale avec ataxie du membre supérieur gauche et hémiplégie complète, par REY (*Ann. méd. psych. 7e série, t. III, p.* 394).

K... 38 ans, employé, s'était plaint longtemps de maux de tête, d'étourdissements, de somnolences. Son caractère changea, sa mémoire s'affaiblit, puis il eut une attaque avec troubles consécutifs mal définis. Au bout d'un an le délire ambitieux éclata et l'on constata tous les symptômes de la paralysie générale. Un mois plus tard, on nota de l'incoordination très marquée du mouvement du bras gauche et limitée à ce membre, surtout manifeste dans les mouvements commandés, avec abolition de la sensibilité de ce côté. Il eut ensuite des attaques épileptiformes, siégeant surtout à gauche, sans que l'incoordination du bras ait cessé dans l'intervalle. Finalement, hémiplégie gauche. Mort. A l'autopsie, on ne trouva pas de foyer localisé, mais les lé-

Digitized by Google

sions propres à la paralysie générale, siégeant en particulier sur la partie antérieure de l'hémisphère droit et notamment sur le tiers supérieur de la pariétale ascendante de ce côté. DESCOURTIS.

Ueber einen Fall von spinaler Erkrankung mit Erblindung und allgemeiner Paralyse. Frühzeitige Diagnose durch Nachweis des Fehlens des Kniephænomens (Sur un cas d'affection spinale avec cécité, diagnostic précoce fondé sur l'abolition du phénomène du genou), par WESTPHAL (*Arch. für Psychiatrie und Nervenk, Band XV, Heft* 3, *p.* 731).

Le malade de Westphal, un professeur de gymnastique, était en proie à l'hypochondrie et à la mélancolie, au moment où il fut vu pour la première fois, mais ne présentait pas d'autres signes objectifs que l'abolition du phénomène du genou. Quinze jours auparavant il avait eu une sorte d'attaque, durant laquelle il ne voyait plus d'un œil et ne trouvait plus les noms des personnes de son entourage. C'était au mois d'avril 1878. Dans l'évolution ultérieure de la maladie, on relève les particularités suivantes : au mois de décembre (1878), sensation d'engourdissement à la paume des mains; au mois d'août (1879), sensation de constriction thoracique, fulguration dans les yeux; l'abolition du phénomène du genou persiste. Au mois d'octobre (1880), diminution considérable de l'acuité visuelle, qui va jusqu'à l'amaurose (juillet 1882). Dans l'intervalle, on avait noté l'état nacré des papilles. La démarche avait toujours été bonne; pas de douleurs bien accusées dans les jambes; un peu de difficulté pour uriner. Au mois de décembre 1883, le malade fut en proie à un accès de manie aiguë, avec délire des grandeurs, qui nécessita son internement. Parole tremblante; atrophie complète des deux nerfs optiques; la démarche n'a rien de celle de l'ataxique, mais quand le malade se tient debout, les yeux fermés, il chancelle. Force musculaire conservée; il n'a pas été possible de s'enquérir de l'état de la sensibilité. 15 jours après, le malade mourait dans le collapsus.

L'autopsie révèle les particularités suivantes : sur les méninges, traces d'une inflammation chronique. Étàt normal du cerveau, sauf un peu d'injection de la substance grise. Pas de lésion en foyer. Artères en partie sclérosées. Atrophie des nerfs optiques. — Dégénérescence grise des cordons postérieurs de la moelle sur toute leur étendue, atteignant son maximum d'extension en largeur, au niveau du segment dorsal. Les racines postérieures présentent pour la plupart un reflet grisâtre. L'intérêt spécial que présente cette observation, a fait remarquer Westphal, consiste en ceci : que le malade a pu être suivi pendant 5 années consécutives, que dès le début, il a présenté l'abolition du phénomène du genou, que l'atrophie du nerf optique a précédé l'accès de manie de 2 ou 3 années, et qu'à aucun moment de sa maladie, le sujet n'a présenté d'ataxie ni de troubles bien tranchés de la sensibilité. Eu égard à l'étiologie, il y a lieu de faire remarquer que le malade disait avoir contracté la syphilis en 1874, et que, ni du vivant du sujet, ni à son autopsie, on ne put découvrir de traces de cette affection constitutionnelle; le malade était indemne d'antécédents neuropathiques héréditaires, mais de tout temps il avait eu un caractère excentrique. Enfin, détail très intéressant à noter, à l'époque où la cécité était déjà complète, le malade se mettait à chanceler sitôt qu'il fermait les paupières. E. RICKLIN.

Étude clinique sur la folie héréditaire (les dégénérés), par SAURY (*Paris*, 1886).

Il faut distinguer l'héréditaire simple et l'héréditaire dégénéré. En réalité, ce dernier représentant la plus haute expression de l'aliénation transmise, et montrant, dans les symptômes et l'évolution de la maladie,

Digitized by Google

des caractères spéciaux, c'est à lui qu'il faut réserver le nom de folie héréditaire. Chez le dégénéré (adulte ou enfant), les traits fondamentaux peuvent être ramenés à deux groupes principaux. Dans le premier se rangent les signes physiques, qui consistent en infirmités partielles, en anomalies, etc.; et les signes d'ordre intellectuel et moral qui sont plus ou moins accusés, mais constants. Ces derniers procèdent d'un manque d'équilibre des facultés, que ce soient les facultés intellectuelles ou les sentiments moraux dont le développement reste incomplet. Dans le second groupe, nous voyons l'insignifiance des causes déterminantes, la marche irrégulière du délire, sans tendance à l'évolution systématique, et, fait caractéristique, les obsessions et les impulsions instinctives, avec conservation de l'intelligence. En un mot, l'idiot, l'imbécile et le dégénéré supérieur appartiennent à une même famille, sont liés par une tare originelle similaire. DESCOURTIS.

L'allucinazione a due e la pazzia a due (L'hallucination à deux et la folie à deux), par Silvio VENTURI (*Nocera*, 1886).

A l'occasion d'une observation de folie à deux, Venturi cite et discute les opinions des différents auteurs sur le mécanisme de ce trouble mental. Il fait l'histoire détaillée de ses malades, montre comment deux sœurs ont eu le même délire, et comment la sœur cadette, plus vive, plus intelligente que son aînée, l'a influencée et lui a fait partager son délire. Est-ce donc une folie communiquée, ou simultanée, ou imposée? L'hypnotisme permet de s'en rendre compte. En effet, dans cette phase préparatoire appelée fascination ou plutôt captation, l'individu n'a pas les apparences du sommeil, et cependant il est déjà devenu l'instrument docile de l'expérimentateur; il est entraîné par lui et n'a plus la direction ni de ses pensées ni de ses actes. C'est identiquement ce qui se passe dans ces cas de folie à deux. La personne malade, si elle s'adresse à un sujet préparé, arrive peu à peu à le façonner à son image, et, inconsciemment, le suggestionne, le capte, lui fait partager son délire. C'est faire de l'hypnotisme sans le savoir. DESCOURTIS.

A case in which a lesion of one hemisphere of the cerebellum was associated with degeneration of the olivary body of the opposite side (Lésion d'un hémisphère du cervelet, avec dégénérescence du corps olivaire du côté opposé), par DUDLEY (*Journ. of mental sc., juillet* 1886, *p.* 203).

Homme de 62 ans, marié, faible d'esprit, avait eu pendant sa jeunesse des crises d'excitation et de violences, avait fait des excès et était devenu plus tard triste, morose, avec des idées de destruction par moments. A son entrée dans l'asile, son bras gauche était plus faible que le droit, il traînait la jambe gauche en marchant, l'articulation des mots était très difficile, imparfaite et indistincte, mais il n'y avait pas d'aphasie. Puis la faiblesse et la démence s'accrurent graduellement et il y eut de l'incontinence d'urine, surtout la nuit. Il eut une attaque convulsive, probablement épileptique, puis une seconde; il resta alors confiné au lit et mourut deux mois après. L'autopsie révéla diverses lésions anciennes et récentes des méninges et du cerveau, ainsi que des points de ramollissement de la substance nerveuse; mais l'auteur insiste sur l'existence d'un noyau de ramollissement, de 18 millimètres de diamètre, de forme irrégulière, d'une couleur brun foncé, qui siégeait au centre de l'hémisphère gauche du cervelet, et entourait le

Digitized by Google

corps dentelé. L'olive droite, plus petite que l'autre, présentait une apparence gélatineuse. Au microscope, on constata que sa substance grise était confuse, peu distincte, et paraissait plus étalée; qu'il y avait peu de cellules, et qu'elles étaient remplacées par une matière granuleuse; les fibres nerveuses étaient aussi moins nettes. La moelle était saine. DESCOURTIS.

Observation d'amnésie traumatique avec automatisme de la mémoire, par ROUILLARD (*Ann. méd. psych., p.* 39, *janv.* 1886).

T... sage-femme, 54 ans, jouissait d'une excellente santé, sauf parfois de légers embarras gastriques et quelques douleurs dans la région hépatique. Elle n'était ni épileptique, ni hystérique. Dans la nuit de 8 au 9 août 1885, on vient la chercher pour faire un accouchement. Elle se lève, ferme sa porte et descend l'escalier. Tout à coup on entend du bruit, on accourt et on la trouve sans connaissance au bas des marches. Elle revient à elle au bout d'un quart d'heure, paraît remise, sort, accompagne la personne qui était venue la chercher, arrive chez la femme en travail, pratique le toucher, annonce exactement que l'accouchement se fera dans deux heures, puis surveille l'expulsion du fœtus, donne les soins nécessaires à la mère et à l'enfant, et, tout à coup, cinq heures et demie environ après qu'elle est tombée dans son escalier, elle se plaint de froid, ferme les yeux, et, quand elle les rouvre se trouve tout étonnée d'être chez sa cliente, n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé, et reste même effrayée des conséquences possibles de cette longue période d'inconscience. Mais tout ce qu'elle avait fait était très correct, ainsi qu'elle s'en assura en détail. — Dix minutes après avoir repris conscience d'elle-même, elle eut une abondante hémorragie utérine, qui lui rendit toute sa lucidité d'esprit. Elle était d'ailleurs à l'époque de la ménopause. DESCOURTIS.

De l'expectation comme méthode de traitement du delirium tremens, par CHRISTIAN (*Ann. méd. psych., p.* 196, *mars* 1886).

Le nombre des médicaments employés contre le delirium tremens est prodigieux. Entre tous, c'est l'opium à doses massives qui réunit le plus de suffrages. Mais si l'opium, la digitale, la strychnine ont pu être employés à doses tout à fait anormales, il faut bien admettre qu'ils n'ont pas été absorbés. Par conséquent ils sont inutiles et peuvent être dangereux. Tous ceux qui s'en sont abstenus et qui se sont contentés de l'expectation, mais d'une expectation active, ont obtenu de bien meilleurs résultats. Les statistiques en font foi. L'agitation, les hallucinations et l'insomnie disparaissent rapidement. Le tremblement musculaire est aussi bien amendé que par n'importe quelle méthode. Il y a seulement indication à ne pas supprimer brusquement les boissons alcooliques. DESCOURTIS.

Zur Symptomatologie der Epilepsia minor (Sur la symptomatologie du petit mal épileptique), par MERCKLIN (*Arch. für Psychiatrie und Nervenkr. Band XVI, Heft* 2, *p.* 464, 1885).

Un jeune professeur, qui était sous le coup de l'hérédité neuropathique et qui s'adonnait à des expériences d'hypnotisme, était devenu sujet à une grande nervosité. En même temps, il tombait dans un état de rêvasserie revenant par accès, durant lesquels le malade ne se rendait plus un compte exact de ce qui se passait autour de lui. Ces accès se reproduisaient avec une grande régularité quand le malade fixait un corps brillant. Plus tard il lui suffisait de penser aux expériences d'hypnotisme, pour retomber dans un

Digitized by Google

pareil accès. Finalement le malade a présenté des accidents convulsifs épileptiformes, puis il a eu plusieurs attaques d'épilepsie bien caractérisée, de sorte que, pour l'auteur, il ne saurait être mis en doute que les accès dont il a été question étaient des manifestations du petit mal (*epilepsia minor*).

E. RICKLIN.

Beitrag zur Lehre von den epileptogenen Zonen (Contribution à l'étude des zones épileptogènes, par A. HOMÉN (*Centralbl. für Nervenheilkunde*, 15 *mars* 1886).

Homme de 25 ans, sujet à des céphalalgies très violentes revenant par accès, fut pris pendant la nuit après avoir éprouvé une frayeur, de perte de connaissance et de convulsions; depuis lors ces accès se montrèrent presque toutes les nuits, quelquefois aussi pendant le jour; lorsque ces accès étaient très violents, le malade se mordait quelquefois la langue. Ces accès étaient précédés par une sensation de tension et de tiraillement dans la région de l'angle interne de l'œil gauche et dans la narine gauche; une pression, un frottement exercés sur cette région déterminent souvent les attaques, il existe un peu de diminution de la sensibilité aux régions frontale et temporale gauches surtout dans le voisinage de l'œil, rien d'anormal dans les narines; un peu de douleur à la pression au niveau du cou et de la 4e vertèbre dorsale.

La galvanisation amena sinon une guérison complète, du moins une amélioration.

L'auteur se livre à ce sujet à quelques considérations physiologiques et tend à considérer ce cas comme une épilepsie d'origine corticale. — Peut-être y aurait-il lieu de se demander s'il ne s'agit pas là uniquement de phénomènes hystériques.

P. MARIE.

Ein schwerer Fall von « Reflex Epilepsie »; einseitiger Beugekrampf der grossen Zehe, etc... (Un cas grave d' « Epilepsie réflexe »; flexion spasmodique unilatérale du gros orteil et du pied précédant puis alternant avec des accès épileptiques et épileptoïdes généralisés), par A. EULENBURG (*Centralblatt für Nervenheilkunde*, 1er *janvier* 1886).

Observation d'un homme de 23 ans, atteint d'accès d'épilepsie tantôt partielle, tantôt généralisée, précédés par des crampes et une flexion du gros orteil, puis de tout le membre inférieur correspondant. Les traitements les plus variés (les vésicatoires circulaires et les pulvérisations circulaires de chlorure de méthyle ne semblent cependant pas avoir été employés) ne produisirent aucune amélioration persistante. — L'auteur rapporte brièvement une seconde observation assez analogue à la première.

P. MARIE.

Ramollissement des cornes occipitales dans l'épilepsie, par ZOHRAB (*Arch. de neurol.*, n° 33, *p.* 405).

Il existe un certain nombre de cas d'épilepsie essentielle ou symptomatique, accompagnés d'un ramollissement de la partie sous-épendymaire des cornes postérieures des ventricules latéraux. Dans ces cas, les convulsions cloniques sont proportionnelles à l'intensité de la lésion et toujours plus marquées dans le côté du corps opposé à l'hémisphère cérébral plus particulièrement atteint. L'influence pathogénique de cette lésion est encore obscure, mais elle laisse supposer dans cette partie de la substance blanche, l'existence d'une zone épileptogène qu'il appartient à l'expérience de démontrer.

DESCOURTIS.

Digitized by Google

Cases of epilepsy treated with borax (Cas d'épilepsie traités par le borax), par Ch.-F. FOLSOM (*Boston med. and surg. Journ.* 18 *février* 1886).

Les deux observations rapportées par l'auteur, démontrent que le borax peut rendre des services signalés dans le traitement de l'épilepsie. L'auteur en prescrit de 1gr,50 à 3 grammes par jour. Les premières doses troublent souvent la digestion et produisent de la diarrhée. Le borax donne lieu aussi à une éruption squameuse de la peau, accompagnée de démangeaisons. Ces accidents sont peu sérieux et cèdent rapidement à un traitement approprié J.-B. H.

Zur Casuistik anormaler Befunde an Gehirnen von Verbrechen und Selbstmœrdern (Contribution à l'histoire clinique des anomalies de développement du cerveau chez les criminels et les suicidés), par M. FLESCH (*Arch. für Psychiatrie und Nervenkr.*, *Bd. XVI, H.* 3, *p.* 68).

A l'autopsie d'un homme de 50 ans, qui s'était suicidé dans la crainte (non fondée) de subir une seconde fois une opération chirurgicale, M. Flesch a constaté à l'examen du cerveau, les anomalies suivantes : développement rudimentaire de la faux du cerveau qui allait en diminuant de hauteur d'arrière en avant, pour disparaître vers le milieu de la scissure médiane. Plus en avant, la pie-mère constituait la seule cloison entre les deux hémisphères. A ce niveau passait par-dessus la scissure un feuillet d'arachnoïde épaissi au point que par le fait de son opacité, il semble que les deux hémisphères ne soient pas séparés l'un de l'autre. L'hémisphère gauche avait acquis un développement insolite aux dépens de l'hémisphère droit qu'il recouvrait sur une largeur de 5 millimètres environ.

L'examen des sillons et des circonvolutions a été fait sur le cerveau préalablement durci dans l'alcool. Les résultats de cet examen, qui sont décrits avec un grand luxe de détails, se résument dans une asymétrie des deux lobes frontaux. E. RICKLIN.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Eine Methode Hautanästhésie durch Cocaïn zu erzeugen (Une méthode pour produire l'anesthésie cutanée par la cocaïne), par J. WAGNER (*Wiener mediz. Blaetter p.* 162, 1886).

Pour obtenir l'anesthésie, Wagner procède de la façon suivante : Une électrode aplatie, recouverte de flanelle ou de cuir, est imbibée d'une solution de cocaïne, appliquée sur la peau représentant l'anode d'un courant galvanique d'intensité moyenne. Lorsqu'on enlève l'électrode au bout de quelques minutes, on peut constater l'anesthésie de toute la région cutanée qui a été recouverte par l'électrode. Le degré de l'anesthésie dépend de l'intensité et de la durée du courant galvanique; sa durée est d'au moins 10 à 15 minutes.

L'intensité du courant nécessaire à la production de l'anesthésie dépend de l'étendue de la surface à anesthésier. M. SCHACHMANN.

Digitized by Google

Antiseptische Tamponade und Sekundärnaht (Tamponnement antiseptique et suture secondaire), par SPRENGEL (Dresde) (*Centr. für Chirurgie, n° 7, p. 97, 1886*).

V. Bergmann a proposé de ne pas tenter la réunion immédiate des plaies de néphrectomie. Il fait un tamponnement à l'iodoforme, le laisse 48 heures en place, et réunit ensuite la plaie comme si elle était fraîche par une suture superficielle et profonde. Il obtient une réunion totale.

Kocher avait déjà en 1882 décrit une « méthode de suture secondaire » qui consiste essentiellement à laisser les plaies 24 heures ouvertes et à les suturer ensuite. L'idée de Kocher et celle de V. Bergmann sont fort semblables.

L'auteur croit à l'utilité de cette méthode dans certains cas spéciaux à déterminer. Il emploie la gaze iodoformée et fait la suture le troisième ou le quatrième jour. Les plaies qui doivent être traitées par la suture secondaire sont : 1° Celles qui donnent lieu à une hémorragie sérieuse, dont l'hémostase complète ne peut être obtenue, surtout lorsqu'on ne peut appliquer un bandage solidement compressif ;

2° Celles dans lesquelles on doit craindre par une raison quelconque une suppuration septique et par suite une perturbation de la réunion par première intention.

Sprengel cite cinq cas, où il a obtenu une réunion secondaire totale. Après l'opération, il place un drain dans la plaie, puis la bourre de gaze iodoformée. Il donne la préférence à l'iodoforme à cause de sa puissance antiseptique, et aussi à cause de ses qualités anesthésiques, qui ne sont pas sans importance pour l'application de la suture secondaire. Il pense que le troisième et le quatrième jour sont les plus favorables pour la suture.

La pratique de Sprengel diffère un peu de celle de Kocher, qui insiste sur ce qu'il a obtenu ses résultats sans l'emploi d'un seul drain. Sprengel n'attache pas la même importance à la suppression du drainage. Pour lui, l'avantage capital de la méthode est de mettre sûrement à l'abri des perturbations qui peuvent survenir dans le cours de la guérison, et de permettre de réunir des plaies qui n'ont aucune tendance à la réunion.

P. DELBET.

Ueber Sublimatintoxikation bei Laparotomien, par H. KÜMMEL (Hambourg) (*Cent. f. Chir., n° 22, p. 378, 1886*).

L'auteur n'a employé que des solutions de sublimé à 1,0 : 5 — 6000. A la suite de deux laparotomies survinrent des symptômes d'intoxication qui ont entraîné la mort dans l'un des deux cas. Il s'agissait d'une femme très affaiblie par des hémorragies considérables et répétées.

Kümmel pense que lorsqu'il s'agit de malades peu affaiblis, on peut sans danger employer pour les laparotomies les solutions à 1/5000 ou à 1/6000. Mais chez les sujets trés affaiblis, très anémiés, dont les reins sont malades, il faut renoncer au sublimé et recourir à d'autres antiseptiques.

PIERRE DELBET.

Ueber die Auschaltung todter Raume aus der Peritonealhöhle mit besonderer Rücksicht auf die Extirpation der von der Beckenhöhle ausgehenden Geschwülste (Manière d'isoler de la cavité péritonéale les portions mortifiées

Digitized by Google

particulièrement dans l'extirpation des tumeurs du bassin), par J. MIKULICZ (15e *cong. de chir. allem.; Cent. f. Chir.*, n° 24, 1886).

Les portions de péritoine, qui ont été décollées de leur support habituel perdent leur propriété d'absorption et même donnent une sécrétion qui s'altère facilement. Ce fait devient très grave si le décollement est étendu. Les produits de sécrétion se comportent comme s'ils étaient en dehors d'un corps vivant, il se forme un espace mort, d'où l'infection peut envahir tout le péritoine. C'est pour cette raison que les myomotomies donnent encore un si gros chiffre de mortalité entre les mains de meilleurs opérateurs. Tous les systèmes de drainage sont impuissants à écarter ce danger. Le procédé qui consiste à séparer le péritoine de la tumeur, à le conserver et à le suturer par-dessus la plaie, est bien préférable; mais il n'est pas toujours possible de l'employer.

Küster a suturé le péritoine qui enveloppait la tumeur avec la paroi abdominale, laissant ainsi toute la plaie largement ouverte à l'extérieur. Le procédé de Mikulicz se rapproche beaucoup de celui de Küster. Mikulicz fait préparer d'avance un morceau de gaze iodoformée de la dimension d'un mouchoir, et fixer en son milieu un fil de soie. Après l'opération, il le plisse comme une bourse et l'introduit dans la plaie de telle façon que le point d'attache de la soie occupe la partie la plus profonde, tandis que le collet de la bourse sort par l'angle inférieur de la plaie abdominale. La bourse est remplie de gaze iodoformée et on fait la suture.

Ce tampon assure l'hémostase, il constitue un drainage capillaire, il maintient la plaie aseptique.

48 heures après l'opération, on enlève la gaze iodoformée, qui remplit la bourse. Le quatrième jour, on enlève la bourse elle-même.

Mikulicz a employé sept fois ce procédé. Il n'a perdu qu'une malade, qui, en même temps qu'un adénome de la muqueuse utérine, avait une ovarite suppurée. PIERRE DELBET.

Wie soll der Arzt seine Hände desinficiren? (Comment le chirurgien doit-il désinfecter ses mains?), par H. KÜMMEL (*Centr. f. Chir.* n° 17, *p.* 291, 1886).

L'auteur a institué toutes ses expériences, qui sont nombreuses, sur le même type. Elles consistent à plonger les mains, précédemment désinfectées par l'un des moyens en expérience, dans de la gélatine de culture, pour voir si des colonies de microbes s'y développent. Ces expériences se rangent en deux catégories. Dans la première, l'auteur a cherché à désinfecter des mains normales; dans la seconde, il s'est proposé de désinfecter des mains précédemment infectées par une autopsie ou par le contact de quelque matière septique.

La première série d'expériences lui a montré qu'un nettoyage sérieux avec la brosse, l'eau chaude et le savon, suivi d'un lavage avec la solution d'acide thymique à 6 0/00, ou de sublimé à 1 0/00, ou bien encore d'acide phénique à 3 0/0, suffit, dans le plus grand nombre des cas, à aseptiser les mains. Le lavage avec l'eau phéniquée à 5 0/0, ou avec l'eau chlorée donne une certitude absolue.

Dans la seconde série, il a constaté que pour désinfecter sûrement des mains préalablement septicisées, il fallait les brosser pendant cinq mi-

Digitized by Google

nutes avec du savon et de l'eau chaude, puis pendant deux minutes avec de l'eau chlorée ou bien avec une solution phéniquée à 5 0/0. Il est surtout important de mettre les mains dans un état tel que la substance désinfectante puisse produire pleinement son effet, et pour cela il faut les laver à fond. PIERRE DELBET.

Uber Hautverpflanzung (Greffes cutanées), par THIERSCH (15e *Congrès des chirurgiens allemands; Cent. f. Chir.*, n° 24, 1886).

Les bourgeons charnus de la plaie sont excisés ou grattés. Les lambeaux à transplanter sont pris sur le malade lui-même, de préférence à la face externe du bras. Ces lambeaux doivent comprendre non seulement tout le corps papillaire, mais encore une partie du derme. Ils peuvent mesurer 10 centimètres de long sur 2 de large. La guérison est durable parce que les granulations destinées à tomber ont été enlevées par le grattage. Thiersch tient les antiseptiques pour contre-indiqués dans ces sortes de greffe et se sert seulement d'une solution de sel de cuisine à 6 0/00. Il a fait quelques recherches sur la peau des nègres, mais se réserve de les faire connaître plus tard.

Pour les opérations de cheiloplastie, il prend un lambeau pédiculé dans la région temporale, le laisse adhérent, et le fixe au point qu'il doit occuper seulement au bout de quatre semaines. PIERRE DELBET.

Ueber die Heilung unter der feuchten Blutschorf (Guérison des plaies sous les caillots sanguins humides), par Max SCHEDE (15e *Cong. des chir. allem.; Cent. f. Chir.*, n° 24, 1886).

On sait que le sang peut rester dans les plaies aseptiques sans subir aucune altération. Lesser, von Volkmann, Watson Cheyne ont même établi que les caillots sanguins sont capables de s'organiser. Cependant le sang a toujours été considéré comme le plus terrible ennemi des plaies; et récemment encore v. Bergmann affirmait que l'hémostase complète était un des points les plus importants de la méthode antiseptique.

On sait, d'un autre côté, quels efforts Heuber et Esmarch ont fait pour débarrasser les plaies de tout corps étranger, et en particulier des drains. Schede se sert, pour arriver au même résultat, d'un procédé nouveau : il utilise la puissance d'organisation du caillot sanguin. Voici en quoi consiste le procédé. L'opération étant faite avec toutes les précautions antiseptiques, on suture la peau sans s'occuper de réunir les parties profondes de la plaie. On laisse seulement une ou plusieurs ouvertures de 1 ou 2 centimètres, qui sont destinées à livrer passage au surplus du sang. Dans certains cas même, la plaie est laissée largement ouverte, sans suture. Sans y mettre de drain, on la recouvre d'un morceau de protective non troué, qui doit dépasser la plaie de plusieurs centimètres et s'appliquer à la peau environnante. Ce morceau de protective est destiné à assurer la réplétion de la plaie par le sang et à empêcher ce dernier d'être évaporé ou absorbé par le pansement qui ne doit prendre que le trop plein. On fait ensuite un pansement strictement antiseptique. Dans ces conditions, le sang remplit toutes les irrégularités de la plaie, se coagule et peu à peu est envahi par le tissu de nouvelle formation qui se développe aux dépens des parois de la plaie. Ce processus est si rapide que la guérison totale survient au bout de douze à quatorze jours pour

Digitized by Google

les petites plaies, au bout de cinq à six semaines pour les plus vastes plaies osseuses.

Il faut que les ouvertures soient placées non pas comme d'ordinaire dans les parties les plus déclives, mais, au contraire, dans les plus élevées.

Dans le but d'obéir au principe qui veut qu'on supprime le plus possible les corps étrangers, Schede a renoncé pour les résections à toute suture osseuse (si ce n'est celle au catgut).

Pour ce qui est de l'hémostase, il n'y a pas de disposition spéciale à prendre; toutes les artères doivent être liées. La réplétion de la blessure par le sang est abandonnée à l'hémorragie parenchymateuse.

Le premier pansement ne doit être enlevé qu'au bout de trois ou quatre semaines, lorsqu'on suppose la guérison complète. Une seule fois, quelques phénomènes de rétention se sont manifestés : la plaie avait été trop fermée.

La condition indispensable au succès de cette méthode est une asepsie parfaite. Si on a quelque doute à ce sujet, il faut bourrer la plaie de substances antiseptiques et, quelques jours après, il suffit de gratter les bourgeons charnus pour obtenir la réplétion par le sang.

L'insuccès peut venir :

1° D'une insuffisante réplétion de la plaie par le sang;

2° De la production de fongosités (tuberculose);

3° De la présence de corps étrangers, séquestres, etc.

Les conditions de succès sont :

1° Une antisepsie sévère;

2° La facilité de l'écoulement du trop plein du sang par une ouverture située dans les parties les plus élevées de la plaie;

3° Une réplétion suffisante par le sang;

4° L'obstacle à l'évaporation du sang contenu dans la plaie;

5° L'évaporation et le desséchement du trop plein contenu dans le pansement.

V. Volkmann reconnaît qu'il n'est plus dangereux aujourd'hui de laisser des caillots dans les plaies; mais il craint de voir survenir, avec la méthode de Schede, de terribles accidents. PIERRE DELBET.

I. — Deux cas de greffes de catgut pour sections tendineuses, par GLUCK (*Berlin. klin. Woch. XXI, n° 51, p. 820*).

II. — De la greffe tendineuse, par FARGIN et ASSAKY (*Soc. de Biologie, octobre 1885*).

III. — Ténorrhaphie et greffe tendineuse, par FARGIN (*Thèse de Paris*, 1885).

IV. — Transplantation chez l'homme d'un tendon emprunté à un chien. Guérison avec rétablissement partiel de la fonction, par PEYROT (*Bull. de la Soc. de Chir., t. XII, p. 356-364*, 1886).

V. — Quelques considérations sur la suture tendineuse, par BARBIER (*Gaz. méd. de Paris*, 1er *août* 1885).

I. — Une femme, à la suite d'un phlegmon du dos de la main, a une exfoliation des tendons de tous les extenseurs. Suivant sa méthode, Gluck remplace par des fils de catgut tressés, la portion manquante des tendons qui s'étend de l'articulation métacarpo-phalangienne jusqu'au ligament dorsal

Digitized by Google

transverse du carpe. Le rétablissement des fonctions fut parfait au bout de 10 mois.

Gluck a fait la même opération sur une étendue moindre, il y a 6 mois, chez un homme de 76 ans.

Ces faits montrent de nouveau que le catgut implanté au sein des tissus n'est pas toujoure résorbé.

Gluck rappelle qu'il a également intercalé entre les extrémités de nerfs réséqués des tubes osseux décalcifiés dans le calibre desquels les extrémités nerveuses étaient assujetties par des sutures. Vanlair (*R. S. M.* XXIII 68; XXIV 2), qui a refait ces expériences, a nommé névrotisation du tube osseux le processus histologique, qui s'accomplit quand du tissu nerveux régénéré se substitue à l'osseux. J. B.

II et III. — L'auteur passe en revue les divers procédés employés dans les cas où les extrémités tendineuses ne peuvent être rapprochées.

Il rappelle les faits de Gluck, de greffe musculo-tendineuse, puis rapporte de nombreuses expériences de transplantation entre animaux de la même espèce, de mammifères à mammifères, de mammifères à oiseaux et oiseaux à mammifères : la greffe tendineuse, grâce à l'autopsie, réussit sur des animaux d'espèces différentes et même éloignées, donne une réunion rapide et rétablit complètement la continuité du tendon.

Fargin publie l'observation de Peyrot. MAUBRAC.

IV. — Garçon de 14 ans. Section datant de 6 mois des tendons fléchisseurs du médius au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne. Le doigt est en extension permanente avec commencement de renversement en arrière. La première phalange jouit seule d'une certaine mobilité due aux interosseux,

Le 30 octobre 1885, Peyrot tente la greffe tendineuse; les deux bouts écartés de 6 centimètres sont réunis par l'intermédiaire d'un bout de tendon fléchisseur d'un jeune chien. Suture tendineuse au catgut, suture à étages de la plaie, antisepsie minutieuse. La peau se désunit en un point, mais la guérison est obtenue au bout de 3 pansements, sans que le tendon se soit éliminé.

Le 4 janvier 1886, le tendon transplanté est adhérent à la cicatrice cutanée et le malade peut fléchir ses deux dernières phalanges, sans pouvoir amener jusqu'à la face palmaire de la main l'extrémité du médius qui en reste distante de 3 centimètres.

La force du doigt est de 10 grammes.

En somme, résultat satisfaisant, cette légère flexion empêchant le doigt d'être gênant.

On peut en conclure que la greffe tendineuse est possible chez l'homme comme chez les animaux. MAURICE HACHE.

V. — Après avoir donné la relation de huit cas de suture de tendons, privés de gaines, pratiquée par Polaillon, l'auteur dresse un tableau de neuf observations de suture tendineuse dans la gaine appartenant à différents chirurgiens : sur ces neuf cas il y a eu deux insuccès (nécrose et non réunion des tendons); les sept autres n'ont présenté aucune complication et ont guéri.

Aussi Barbier estime-t-il que toutes les fois qu'il existe une plaie intéressant les tendons, on doit aller à leur recherche et les suturer.

La présence des gaines, loin d'être une contre-indication, impose au contraire la suture, que l'on fera avec des fils de catgut : s'il existe des spasmes musculaires, il faut employer la suture latérale, ou les sutures de soutien de Le Dentu.

L'immobilisation et le pansement antiseptique sont de règle.

Digitized by Google

Les premiers mouvements ne peuvent être commencés que vers le vingtième jour au plus tôt, et favorisés, si nécessaire, par les bains, le massage, etc. OZENNE.

I. — Anévrisme traumatique de l'aorte abdominale, introduction de fil de cuivre dans le sac, guérison, par P. LORETA (*Mem. reale Accad. dell' Istit., di Bologna, série IV, tome VI*, 1885, *et Gazz. degli ospitali*, 14 *janv.* 1885).

II. — De la ligature de l'aorte abdominale, par P. LIEBRECHT (*Broch. Liège*, 1885).

III. — A case of aortic aneurism treated by the insertion of wire (Anévrisme aortique traité par l'introduction de fil métallique), par Joseph RANSOHOFF (*Med. News*, 29 *mai* 1886).

IV. — *Idem*, **par CAYLEY** (*Brit. med. journ.*, 27 *fév.* 1886).

I. — Dans un cas d'anévrisme de l'aorte abdominale, douloureux et à marche rapide, chez un homme de 30 ans, ancien syphilitique, Loreta a été conduit à tenter l'opération suivante :

On porta le diagnostic d'anévrisme traumatique sacciforme de l'aorte.

Le 18 décembre 1884, on fait une incision allant du sternum à l'ombilic : l'anévrisme, par les battements continuels, avait fait naître une irritation chronique suivie d'adhérences du foie, de l'estomac, du côlon transverse, de la rate avec la paroi abdominale et le sac anévrismal : la tumeur fut ainsi très difficile à aborder, et on ne put l'isoler jusqu'à l'aorte : le sac avait le volume d'une tête de fœtus à terme.

Loreta introduisit un fil de cuivre argenté, de la grosseur d'un demi-millimètre, flexible, suffisamment résistant pour se dérouler en larges spirales et se maintenir sous cette forme à l'intérieur du sac : la longueur du fil était de 2 mètres, autant que le sac pouvait en contenir. Pour cela, on enfonça dans la tumeur un trocart mince et par la canule on introduisit le fil : on badigeonna avec une solution concentrée d'acide phénique le pourtour de la piqûre : cette partie se ratatina aussitôt et le suintement sanguin disparut. On rentra dans la cavité abdominale les viscères et on sutura la plaie de la paroi.

Quelques heures après l'opération, amélioration marquée. Dans la soirée, les douleurs névralgiques dans les intestins, les lombes, le dos, avaient disparu. Durant la nuit, le patient reposa plusieurs heures, les pulsations avaient diminué : les artères fémorales présentaient des battements tout à fait normaux : température 37°, respiration 20, pouls 90, diète.

Le 22, l'amélioration s'accentuait, les pulsations étaient à peine perceptibles, le souffle était plus doux, plus bref. Jusqu'au 31 décembre, le pouls alla en augmentant et se maintint à 120 pendant le 31 : en même temps le patient avait des déjections alvines, séreuses, jaunes, non fétides, qui ressemblaient à des œufs délayés dans du bouillon. Loreta admet que lorsque le sac commença à se rétracter, le plexus solaire éprouva une irritation assez forte pour rompre l'équilibre entre les forces qui règlent les mouvements du cœur, de façon que les nerfs accélérateurs l'emportèrent sur l'action modératrice du pneumogastrique : pour la même raison peut-être, il y eut hypersécrétion de bile, de suc intestinal qui rendit les selles plus liquides : le 1er janvier ces phénomènes rétrogradèrent et deux jours après ils avaient disparu spontanément.

Le 27 décembre, 1er pansement : l'incision est réunie par première intention ; le bruit de souffle est faible, lointain, le sac très petit.

Le 5 janvier, le sac est diminué de près d'un tiers.

Le 10 janvier, on n'entendait plus ni souffle, ni battement.

Digitized by Google

Le 17, la tumeur avait perdu les trois quarts de son volume primitif.

Le 2 février, le patient se levait sans éprouver aucune des sensations douloureuses qui le faisaient souffrir auparavant.

Fin février, le malade, considéré comme guéri, fut congédié.

Quatre-vingt-douze jours après l'opération, l'opéré succomba subitement à la rupture *non de l'anévrisme, mais de l'aorte*, immédiatement au-dessous du sac, au point de jonction de celui-ci et du vaisseau.

A l'autopsie, on trouva le sac de la grosseur d'une noix et rempli de caillots fibrineux consolidés : le fil de cuivre n'avait subi aucune altération, et il était enroulé sur lui-même comme une boule : la solution de continuité de l'aorte était une déchirure linéaire, transversale.

II. — Liebrecht, après avoir donné la traduction de l'observation de Loreta, rapporte les quelques cas où l'on a pratiqué la ligature de l'aorte abdominale. En voici l'indication bibliographique :

1° Astley Cooper : trad. Chassaignac et Richelot, 1835, p. 429.

2° J.-H. James. *Med. chir. Transact.*, t. XVI, Londres, 1830.

3° John Murray. *Lond. med. Gaz*, 4 octobre 1834.

4° C.-B. Monteiro. *Schmidt's Jahrbücher*, t. XXXVII, p. 85, 1843.

5° South. *The Lancet*, 1856, 12 juillet, p. 47, et 23 août, p. 222.

6° Hunter Mac Guire. *Americ. Jour. of the med. Sc.*, n° 112, p. 415, 1868.

7° W. Stokes. *Dublin quarterly Jour. of med. Sc.*, 1er août 1869, t. XLVIII.

8° P.-H. Watson. *British med. Jour.*, 21 août 1869, p. 216.

9° Czerny. *Wiener med. Wochen.*, p. 1251, 1870.

10° Czerny. *Centralb. f. Chir.*, 1879, p. 738.

Dans les 8 premiers cas, la ligature a été faite, 7 fois pour des anévrismes des subdivisions iliaques de l'aorte, et une fois (6) pour un anévrisme intéressant ces dernières branches et l'aorte elle-même : toutes ces opérations se sont terminées par la mort : les deux dernières (9 et 10), ont été pratiquées pour hémorragies par blessure de la fémorale et de l'aorte.

Aussi Liebrecht considère-t-il l'opération de Loreta comme parfaitement justifiée, si l'anévrisme continue à s'accroître et résiste aux autres modes de traitement. Si cependant l'anévrisme était trop volumineux pour obtenir la consolidation par l'introduction seule de fil métallique, on y joindrait l'occlusion incomplète de l'aorte au moyen d'une ligature qui rétrécirait la lumière du vaisseau sans l'oblitérer entièrement, ou bien on pourrait, au lieu de la ligature de l'aorte, pratiquer celle des artères iliaques d'après la méthode de Brasdor. MAUBRAC.

III. — Ransohoff a traité par l'introduction de fil un anévrisme aortique survenu chez un homme de 35 ans, non syphilitique, buveur modéré. La tumeur faisait une saillie considérable au niveau du 2e et 3e espaces intercostaux; il n'existait pas d'hypertrophie du cœur appréciable ni d'athérome artériel. La diète, l'iodure de potassium, les injections d'ergotine n'amenant aucun résultat, Ransohoff fit le 13 juin 1885 l'opération : ponction du sac avec une fine aiguille; on introduit 96 pouces de fil sans difficulté; mais à un moment le pouls faiblit et l'état syncopal devint menaçant. Des injections d'alcool ranimèrent le malade. Pas d'hémorragie en retirant l'aiguille. Glace sur la tumeur; administration d'opium.

Le lendemain, amélioration des symptômes : diminution de l'œdème du cou, de la douleur, dureté de la tumeur, pulsations moins marquées, accès de

Digitized by Google

dyspnée et de toux moins prolongés. Cette amélioration ne dura pas longtemps; vers la fin de juin, aggravation de l'œdème, des douleurs, etc.

Le 5 juillet, on introduit de nouveau 98 pouces de fil. Changements peu notables pendant les trois premiers jours; après, la tumeur semble plus dure, les battements moins marqués. Le malade est trouvé mort dans son lit le 13 juillet.

A l'autopsie, l'anévrisme qui mesurait 7 pouces sur 4 avait perforé la 2e et la 3e côtes; il était rempli par des caillots de nouvelle et ancienne formation. Au point de rupture de l'anévrisme ouvert dans la cavité pleurale, il n'y avait pas de fil métallique; ce dernier était englobé dans les caillots.

Ransohoff fait suivre son observation d'un résumé des opérations de ce genre qui sont au nombre de quatorze.

IV. — Homme de 48 ans. Anévrisme se prolongeant en arrière de l'articulation sternoclaviculaire, dans la région cervicale. Accroissement continu et rapide. Insuccès de l'iodure. Le 24 juin 1885, Hulke introduit 40 pieds de fil d'acier. A ce niveau, la tumeur sembla se durcir, mais la tumeur intrathoracique parut au contraire augmenter. Vers le milieu d'août, Gould introduit de nouveau 34 pieds 9 pouces de fil. Mort dans une attaque de dyspnée le 19 septembre.

A l'autopsie, large anévrisme de l'aorte thoracique dont la partie supérieure est complètement oblitérée par un caillot englobant le fil.

Liston rapporte, dans la discussion qui suivit cette communication, qu'il a traité un cas en 1874 par cette méthode. Il introduisit 15 pieds de crin de cheval; le malade mourut de convulsions le 4e jour. (Voy. *R. S. M.*, XIII,744.)

A. CARTAZ.

Das arteriele-venöse Aneurisma, par F. BRAMANN (*Arch. f. klin. Chir.*, *Band XXXI, Heft I, p.* 1, 1886.

Le travail de Bramann est la monographie la plus complète qui ait paru sur les anévrismes artério-veineux. — Nous résumons seulement les considérations ou les faits nouveaux.

Pour ce qui est de l'étiologie, Bramann fait remarquer que les anévrismes artério-veineux qu'on rattache à des contusions sans plaie siégeaient tous à la tête ou aux extrémités, que ce sont des cas douteux et qu'il s'agissait probablement d'anévrismes cirsoïdes.

L'anatomie et la physiologie pathologiques ont été l'objet d'une minutieuse étude. Le mode suivant lequel se fait la communication entre l'artère et la veine a une influence considérable sur la dilatation des veines. Celle-ci est généralement plus considérable dans la varice anévrismale que dans l'anévrisme artério-veineux, parce que dans ce dernier la force d'impulsion du sang s'épuise en partie sur les parois du sac. Une autre circonstance influe singulièrement sur la dilatation veineuse, c'est la résistance des tissus environnants.

Si la communication se fait en un point où les vaisseaux sont bridés par des aponévroses, la dilatation peut ne se montrer qu'à une certaine distance. L'hypertrophie valvulaire signalée par Rokitansky n'existe pas. Celle de la paroi veineuse est réelle; elle est due, non aux qualités chimiques du sang, mais à l'augmentation de pression. Le bout périphérique de l'artère s'atrophie, contrairement à ce qu'a cru observer Stromeyer. Le bout central reste ordinairement intact; mais parfois il se dilate et même dans des proportions considérables (cas de Broca). Bramann donne de cette dilatation l'explication suivante : au début la

Digitized by Google

tension diminue dans l'artère afférente, et celle-ci tend à se contracter. Mais pour égaliser la pression, le sang se précipite des collatérales voisines, il lutte contre la contraction qui commençait à se produire et, dépassant le but, il amène la dilatation.

Bramann signale un fait nouveau, c'est l'oblitération de la veine mise en communication avec l'artère. Cette oblitération s'observe rarement au voisinage de l'orifice de communication. Elle siège à quelque distance, presque toujours sur le bout périphérique. Le sang, qui se précipite de l'artère dans la veine, est arrêté par les valvules; les valvules abaissées empêchent en même temps le sang veineux qui chemine dans la veine de gagner le cœur. Si les valvules restent longtemps suffisantes, il en résulte une stase de longue durée, suivie de la coagulation du sang. Toutefois il doit s'y ajouter des lésions de la paroi, car on sait que le sang ne se coagule pas dans les vaisseaux vivants et sains.

Bramann a pris avec le sphygmographe de Marey le tracé du pouls veineux systolique dans un anévrisme du coude. Il a trouvé des résultats fort différents de ceux d'Ebenau. Le tracé, d'après Bramann, est caractérisé par une ligne d'ascension presque verticale, une pointe très aiguë, une ligne de descente oblique soulevée par deux ressauts. Ce sont là les caractères du pouls artériel. Le pouls veineux retarde sur le pouls des artères voisines de 4/10es de seconde.

L'auteur a aussi mesuré directement la pression dans les veines dilatées. Il a introduit chez l'homme dans une anastomose veineuse entre la basilique et la céphalique un manomètre à mercure de Ludwig. Dans le bout central, la pression était de 56 à 64, dans le bout périphérique, de 87 à 99 millimètres de mercure. On voit que c'est une pression à peu près égale à celle de la radiale ou de la cubitale.

La pression s'élève considérablement dans le bout périphérique de la veine, tandis qu'elle s'abaisse dans le bout périphérique de l'artère. La différence de pression peut tomber à 0. Mais jamais elle ne se déplace et Bramann réfute l'opinion de Breschet qui pensait que le sang pouvait refluer de la veine dans l'artère. Toutefois cette tendance à l'égalité de pression détermine le gonflement œdémateux, l'infiltration du tissu conjonctif, les symptômes d'asphyxie locale. L'abaissement de la température peut être de 6 à 8 degrés. Il n'y a jamais de paralysie proprement dite, à moins de blessures nerveuses concomitantes.

La symptomatologie est complètement étudiée sans faits nouveaux.

La plupart des chirurgiens considèrent l'anévrisme artério-veineux comme une affection à peu près inoffensive. Pour Bramann ce pronostic est beaucoup trop favorable. La vie n'est guère menacée que par les ruptures et les hémorragies qu'elles entraînent. Ce danger est bien plus grand dans les anévrismes proprement dits que dans les varices anévrismales. Mais à côté de ce danger vital il y a les troubles fonctionnels qui se montrent également dans l'une et l'autre forme. Autrefois les moyens qu'on avait à opposer aux anévrismes artério-veineux étaient plus dangereux que les anévrismes eux-mêmes. Il n'en est pas de même aujourd'hui et l'intervention est parfaitement justifiée.

La flexion a été souvent employée, dit Bramann, mais sans succès.

La compression directe a donné quelques succès, mais presque exclusivement pour les anévrismes du coude, et ces succès sont en réalité peu

Digitized by Google

nombreux eu égard au grand nombre de fois où la compression a été employée.

La compression digitale est de toutes les méthodes non sanglantes celle qui a donné les meilleurs résultats. Toutefois, dans deux cas, la compression digitale a amené une aggravation du mal.

La galvano-puncture a été employée dans deux cas d'anévrismes du coude et a été suivie de guérison.

L'injection de perchlorure de fer tentée deux fois a donné un insuccès et causé une mort.

Parmi les opérations sanglantes, la ligature, d'après la méthode de Hunter, a donné des résultats déplorables. Sur 31 anévrismes artério-veineux traités de cette façon, 6 seulement (20 0/0) ont été guéris.

La ligature de l'artère au-dessus et au-dessous de l'anévrisme avec ou sans destruction du sac a donné de bien meilleurs résultats.

La meilleure de toutes les opérations est la ligature simultanée de l'artère et de la veine au-dessus et au-dessous du sac avec extirpation de la tumeur. Neuf opérés ont tous guéri.

Les procédés de Monmonier et de Stromeyer, qui ne s'adressent qu'à la veine, sont peu recommandables.

En somme, la compression a donné des succès, mais elle a été employée, si souvent que ces succès sont en réalité peu nombreux, et que cette méthode n'a pas justifié l'attente des chirurgiens. Si l'on réfléchit à ce qu'elle nécessite de patience et de temps, on voit qu'elle ne doit plus occuper la place qu'elle a eue jusqu'ici. Elle doit faire place aux opérations sanglantes ; toutefois il est bon de l'utiliser, mais sans insister, ne fût-ce que pour préparer le développement de la circulation collatérale. Parmi les méthodes sanglantes, c'est la ligature des deux vaisseaux au-dessus et au-dessous de la tumeur avec destruction partielle ou totale du sac, qui mérite la préférence. Il n'y a pas d'autre contre-indication que celle qui est fournie par les altérations étendues et avancées du système vasculaire.

PIERRE DELBET.

Des anévrismes artério-veineux de la carotide primitive et de la jugulaire interne, par E. PLUYETTE (*Rev. de chir. n° 4, 10 avril 1886*).

Les anévrismes artério-veineux de la carotide primitive et de la jugulaire interne sont rares ; aussi l'auteur, dans les recherches qu'il a faites, n'a-t-il pu en réunir que 16 cas, auxquels il faut ajouter la relation d'un fait qu'il publie. En les groupant, sans qu'il soit possible d'en faire l'histoire complète, on peut cependant établir quelques propositions générales.

Ces anévrismes, qu'on n'a encore observés que sur l'homme, surviennent à la suite d'un traumatisme. Un seul cas semble jusqu'à ce jour faire exception. Ils se rencontrent surtout dans l'âge adulte et plus souvent à droite qu'à gauche, ce qui s'explique par cette raison qu'ils reconnaissent ordinairement comme causes une blessure faite par l'épée ou toute autre arme tranchante.

A la suite du traumatisme, il se produit une hémorragie externe abondante ou bien un thrombus, puis la pénétration du sang artériel dans la veine. L'anévrisme ainsi formé, ses symptômes apparaissent à des époques très-variables.

Digitized by Google

Parmi les symptômes objectifs : tumeur pulsatile, souffle, thrill, etc., il faut citer comme presque constante la dilatation au cou, à la face, au cuir chevelu des branches afférentes de la jugulaire du côté lésé, et la possibilité de l'affaissement de la tumeur dans les fortes inspirations, ainsi que parfois l'affaiblissement des battements de la temporale et de la faciale

Des douleurs spontanées par compression, quelques troubles cérébraux, quelques désordres de la motilité et des organes des sens s'ajoutent plus ou moins prononcés, suivant les cas.

D'un pronostic relativement bénin, puisque la plupart des malades ont pu reprendre leurs occupations, ces anévrismes ne réclament, d'après l'auteur, aucune intervention sanglante. Pour préconiser l'expectation, il s'appuie sur ce fait que dans 14 cas, où il n'a été rien fait, le résultat a été bon, et que dans 3 cas, où il y a eu ligature de la carotide, on a eu deux morts et un insuccès. OZENNE.

Étude clinique sur le traitement de l'anévrisme artério-veineux simple, ou varice anévrismale, par POLAILLON (*Bull. de la Soc. de Chir.*, *t. XII*, *p.* 430-445, 1886).

Homme de 23 ans, anévrisme artério-veineux inguinal traumatique datant de 7 ans. Accidents épileptiques attribués à la dilatation artérielle ascendante. Impotence. Des tentatives de compression ne donnant aucun résultat, et la ligature semblant impossible à cause de l'adhérence de l'artère à la veine, Polaillon fait deux séances d'électrolyse à 18 jours d'intervalle. La seconde détermine la formation d'un caillot qui oblitère momentanément la communication artério-veineuse, mais qui, par suite de l'omission des précautions antiseptiques, détermine une septicémie mortelle.

Pendant la vie, les caillots s'étaient déplacés, formant quelques infarctus pulmonaires sans gravité, et le thrill avait repris à peu près son ancienne intensité. A l'autopsie, cependant, on trouva dans l'artère un gros caillot fibrineux avec un prolongement jusque dans l'ouverture de la veine.

L'auteur pense que de nouvelles séances d'électro-puncture auraient augmenté ce caillot et déterminé la guérison. MAURICE HACHE.

Traumatic aneurism of the internal carotid artery, par F. PREWITT (*Journ. of amer. med. Assoc. p.* 552, 15 *mai* 1886).

E. J..., 17 ans, est blessée par une balle de revolver tirée à deux pieds de distance; la balle pénètre dans la joue, au-dessous de l'os malaire, en se dirigeant en arrière : hémorragie profuse par l'orifice d'entrée (il n'y avait pas d'orifice de sortie). Hémorragie par l'oreille, qui se reproduisit à deux ou trois reprises : quelque temps après l'accident, la malade eut en se levant le matin une hémorragie par la bouche et le nez. En même temps, une tumeur se développait; trois mois après l'accident, elle faisait saillie dans le pharynx, reposait sur la luette, et au dehors s'étendait de la portion antérieure du temporal jusqu'à l'os hyoïde; la tumeur était pulsatile et on percevait un bruit de thrill. Depuis le moment de l'accident, il persistait une paralysie du goût dans le côté droit de la langue. La compression de la carotide arrêtait les battements. Il y avait une céphalalgie persistante avec bourdonnement d'oreilles, qui augmentait lorsque la malade reposait sur le côté atteint; il y avait de plus paralysie de la corde vocale droite; pas d'appétit, la déglutition était d'ailleurs difficile.

Diagnostic : Anévrisme de la carotide interne, par blessure au niveau du foramen carotidien.

Digitized by Google

On lie l'artère carotide primitive. Les battements qui avaient d'abord cessé reparaissent au bout de quelques minutes. On se décide à tenter l'ouverture du sac et la ligature du bout périphérique (l'anévrisme était situé juste en dehors du foramen). Une longue incision est faite, passant derrière l'oreille : on trouve que le sac remplit tout l'espace compris entre l'apophyse mastoïde, les condyles, et la branche descendante du maxillaire, qu'il remonte jusqu'à la base du crâne à laquelle il est très adhérent ; impossible donc d'atteindre l'artère de ce côté. On arrête l'opération, on place un tube à drainage et un pansement antiseptique.

Le 8e jour, par une ouverture près de l'angle de la mâchoire, hémorragie qui se répète le jour suivant. On enlève près de l'angle de la mâchoire, un caillot et par cette ouverture on introduit le petit doigt qui constate l'absence de caillots dans le sac, mais ne peut découvrir le point d'entrée de l'artère. Le doigt retiré, on comble le sac de lint iodoformé : plus d'hémorragie. Dix jours après, convulsions épileptiformes des muscles de la face, des fléchisseurs de l'avant-bras et de la main, qui persistent jusqu'à la mort qui arrive 25 jours après l'opération, par épuisement.

La balle était dans la partie postérieure du sac : la carotide était blessée au niveau du foramen et paraissait oblitérée par un caillot.

William T. Briggs rappelle l'observation d'un jeune homme blessé au cou, qui, 5 semaines plus tard, avait un anévrisme que l'on jugea être dépendant d'une branche de la carotide externe. Durant l'opération, on vit que c'était la carotide interne qui avait été blessée.

Le sac fut ouvert, le doigt appliqué sur l'orifice de l'artère qu'on put lier au-dessus et au-dessous du sac : le patient guérit.

Ford Thompson recommande pour le traitement de ces anévrismes l'incision du sac et la ligature double. L'opération est facilitée par la section de la branche maxillaire, ce qui agrandit le champ opératoire.

Hayes Agnew a observé, il y a 3 ans, une femme porteur d'une tumeur du volume d'une orange située au-dessous et en arrière de l'angle de la mâchoire, survenue à la suite d'un coup sur le côté de la tête. On diagnostique un anévrisme de la carotide interne et on lia la carotide primitive au-dessus de l'omo-hyoïdien. Les pulsations persistaient affaiblies. Ligature de la thyroidienne supérieure et de la linguale; trois semaines après, les pulsations qui avaient cessé reparaissent. Ligature de la carotide primitive du côté opposé : ulcération dans le pharynx et hémorragie abondante. Mort 8 jours après, apparemment d'empoisonnement septique.

Vanderveer a observé chez un homme une tumeur diagnostiquée An. de la carotide interne; l'étiologie paraissait être les mouvements forcés de la tête sur ce côté, réclamés par sa profession. La compression fut employée à trois époques successives; chaque fois le malade en retira diminution de volume, durcissement de sa tumeur, et période de bonne santé : il mourut très rapidement, 5 semaines après le troisième essai de compression, probablement d'apoplexie. (Voir *R. S. M.*, XVII, p. 251, une observation de E.-W. Lee.)

MAUBRAC.

Ueber Transfusion und Infusion, par LANDERER (15e *Congrès des chirurgiens allemands, Cent. f. Chir.*, n° 24, 1886).

Landerer s'est d'abord servi d'un mélange composé d'une partie de sang défibriné et de trois ou cinq parties de solution de chlorure de sodium. Mais depuis les récentes recherches de Worm Müller, de Lesser et d'autres sur l'emploi du sang dans la transfusion, ce procédé doit être abandonné. Landerer emploie aujourd'hui un mélange d'une solution de chlorure de sodium avec 3 0/0 de solution de sucre. Il a

Digitized by Google

injecté avec succès 500 grammes de ce mélange chez l'homme. Chez des animaux empoisonnés par le chloral, le chloroforme etc., Landerer injecte son mélange après avoir fait une saignée. Ces animaux guérissent, tandis que ceux qui servent de contrôle, périssent. Les recherches sur l'empoisonnement par l'acide carbonique ne sont pas terminées. Cette solution donne de bons résultats dans les anémies chroniques. Elle paraît être contre-indiquée dans d'autres affections, par exemple dans le choléra.

Les résultats obtenus en France dans les récentes épidémies contredisent cette dernière assertion. PIERRE DELBET.

I. — Mechanism of indirect fractures of the skull (crâne), par **W. DULLES** (*Journ. of the amer. med. Assoc.* 27 *mars* 1886).

II. — Ueber die modernen Indicationen zur Trepanation... (Indications du trépan dans les fractures du crâne avec hémorragie de l'artère méningée moyenne), par **WIESSMANN** (*Deut. Zeit. f. Chir. XXI et XXII*).

III. — Ueber die Trepanation bei Blutungen aus der Arteria meningea (De la trépanation pour les hémorragies de l'artère méningée sans ouverture de la boîte crânienne), par **KRÖNLEIN** (*Ibid. XXIII, Heft* 3 *et* 4, *p.* 209).

IV. — Die Behandlung der complicirten Schädelfracturen (Traitement des fractures compliquées), par **W. WAGNER** (*Samml. klin. Vorträge*, n° 271-272).

V. — Fracture ancienne du crâne, trépanation, par **ROUTIER** (*Bul. Soc. de chir. XII*, *n°* 3 *et* 4, p. 202).

VI. — Fracture du crâne ancienne, accidents cérébraux, trépanation, par **J.-Lucas CHAMPIONNIÈRE** (*Ibid*, *p.* 212).

VII. — Fracture du crâne, hémorragie, mort par **GUERLAIN** (*Ibid.*, *p.* 22).

VIII. — Demonstration eines Falles von geheilter Schaedel (Suites d'une blessure du cerveau guérie), par **KRÖNLEIN** (*Cor. Bl. f. schw. Aerzte*, 1 *décembre* 1884).

IX. — Cases illustrative of cerebral surgery, par **MACEWEN** (*Lancet*, 16 *mai* 1885).

X. — Compound comminuted fracture of the skull... (Fracture comminutive du crâne, abcès du cerveau, trépanation), par **Odillo MAHER (de Sidney)** (*Brit. med. Journ. p.* 111, *janv.* 1886).

XI. — Meningocele falsa, par **NICOLADONI** (*Wiener med. Presse*, *p.* 41, 1886).

I. — Revision très complète des publications antérieures sur ce sujet. Examinant les propriétés élastiques du crâne, après avoir commenté et accepté en général les conclusions de Messerer sur les fractures par éclatement, l'auteur admet que le pouvoir de cohésion de la base du crâne est moindre que celui de la voûte, aussi les fractures par éclatement sont-elles plus fréquentes à la base qu'à la voûte. Si une force est appliquée sur le côté de la tête, le trait de fracture traverse l'équateur sagittal : si elle est appliquée au front ou à l'occiput, la fracture traverse l'équateur coronal et siège dans la région temporo-pariétale. Dans les deux cas le trait de fracture siège plus près de la base que de la voûte du crâne. Appliquée sur la voûte, cette force détermine une fracture de la base.

Digitized by Google

L'auteur montre ensuite que les parties les plus minces des divers os du crâne siègent toutes près de la base ou dans la base même du crâne et qu'en clinique elles sont très souvent le siège de fractures. Il adopte pour deux fractures de pathogénie douteuse l'explication suivante :

1° La fracture isolée de l'apophyse clinoïde postérieure se produit parce qu'en ce point s'attache la tente du cervelet et, lorsque le grand diamètre du crâne est augmenté, cette tente tire en arrière son point d'insertion et l'arrache ; 2° le sphénoïde (avec l'apophyse basilaire) est placé comme un coin entre les deux rochers : qu'un coup sur le vertex enfonce le crâne sur la colonne vertébrale, ou qu'une chute sur les pieds, les ischions, pousse la colonne vertébrale vers le crâne, le sphénoïde, projeté en haut et en avant entre les deux rochers, pourra briser l'extrémité d'un os pétreux ou même des deux à la fois.

Viennent ensuite quelques brèves considérations sur l'architecture, les parties molles, le contenu du crâne et leur influence sur la production des fractures.

L'auteur a réuni 119 observations de fracture du crâne réparties en 18 classes selon le siège, la nature du trauma, son mode de production, expérimental ou clinique. Ces 119 cas montrent que 111 fois des fissures correspondaient à ce qu'on pouvait présumer d'après l'application de la théorie de l'éclatement, et 8 seulement semblaient être en contradiction. Sans doute, il est d'autres fractures qui ne rentrent pas dans ce cadre, notamment celles dans lesquelles le trauma est trop violent ou agit de telle sorte que la fracture est pour ainsi dire comminutive. Bien d'autres influences, les particularités anatomiques et architecturales du crâne, ses enveloppes, son contenu modifient cette théorie, cependant on peut, en formule définitive, dire : quand une force suffisante est appliquée sur une partie du crâne (dans la pratique simple, boîte creuse élastique), si cette partie ne cède pas immédiatement, l'axe du crâne qui se trouve dans la même ligne que la force appliquée est raccourci ; tous les axes qui se trouvent dans le plan perpendiculaire à cette ligne sont allongés d'une quantité proportionnelle : de sorte que la force, dont l'action était de déprimer directement la paroi, se trouve convertie en une force de rupture indirecte, agissant à angle droit par rapport à sa direction première. L'effet produit est une ou des fissures dont la direction générale reste dans le plan d'un méridien. MAUBRAC.

II. — Dans ce travail important, Wiesmann étudie la symptomatologie et le diagnostic des hémorragies intracrâniennes par lésion de l'artère méningée moyenne. En dehors des fractures du crâne, l'artère peut être blessée dans les fractures dites par contre-coup et même sans lésions de la boîte osseuse proprement dite :

Comme l'auteur se déclare résolument partisan de l'intervention opératoire par la trépanation, la ligature, l'enroulement ou la compression antiseptique (au moyen d'un tampon iodoformique) portés sur le vaisseau lésé, il n'est pas sans intérêt de rechercher le résultat de son expérience sur les symptômes et le diagnostic des hémorragies extraduremériennes. Nous le voyons énumérer sans opinion personnelle bien arrêtée d'après les faits connus et les expériences de Pagenstecher : l'apparition tardive et graduelle des symptômes, l'hémiplégie opposée à la lésion et parfois les convulsions (on n'aurait jamais observé la monoplégie isolée

Digitized by Google

du membre inférieur), les anomalies du pouls (pouls de compression cérébrale), celles de la respiration, stertoreuse et ralentie, les vomissements, les modifications de la pupille, spécialement l'absence de réaction de la pupille correspondante à la lésion, des troubles de la sensibilité constitues par une paralysie ou une exagération unilatérale de celle-ci, l'aphasie, la paralysie du rectum et de la vessie, le décubitus latéral et les mouvements automatiques et l'élévation de la température. Mais ces divers symptômes peuvent manquer ou même quelques-uns d'entre eux être intervertis, ce qui rend le diagnostic très obscur en l'absence de plaie et d'hémorragie extérieure.

Voici quelles sont, suivant l'auteur, les indications de la trépanation du crâne dans les lésions traumatiques.

La trépanation est absolument indiquée :

1) Dans les fractures *ouvertes* du crâne, surtout dans les fractures esquilleuses, pour permettre la désinfection du foyer traumatique ; il ne faut faire d'exception que pour les fissures au travers desquelles il est probable que des agents septiques n'ont pu s'introduire ;

2) Dans les épanchements sanguins extraduremériens, notamment dans ceux qui dépendent d'une rupture de la méningée moyenne, quand des symptômes de compression permettent d'en reconnaître le siège avec quelque sécurité ;

3) Dans les accumulations de pus entre la dure-mère et le crâne ;

4) Dans les abcès du cerveau ;

5) Dans les fractures isolées de la table interne avec symptômes de compression ;

6) Quand il y a un corps étranger facile à trouver.

La trépanation est contre-indiquée :

1) Dans les enfoncements du crâne sans blessure des téguments, spécialement chez les enfants (cette opinion de l'auteur, contraire à celle de beaucoup de chirurgiens, est importante à recueillir) ;

2) Quand le corps étranger est venu se perdre dans la masse cérébrale où on ne pourrait l'atteindre qu'après de longues recherches.

Au contraire lorsqu'il y a un épanchement sanguin intracrânien, l'on ne doit pas même se laisser arrêter par la coexistence d'une contusion cérébrale et l'imminence d'une fin prochaine.

Au point de vue du traitement, sur 147 cas traités par l'expectation, on compte 131 morts ; sur 110 cas avec intervention chirurgicale, 33 morts.

III. — Renvoyant pour les symptômes et le diagnostic des hémorragies intracrâniennes de la méningée moyenne au travail de Wiesmann (vol. ci-dessus), Krönlein s'occupe seulement de résoudre la question suivante :

Ayant posé le diagnostic d'un épanchement sanguin par rupture de la méningée moyenne déterminant une compression cérébrale grave, que doit faire le chirurgien quand rien du côté de la peau, des parties molles ou des os ne permet de localiser la lésion intracrânienne et que le diagnostic ne s'appuie que sur les symptômes cérébraux et les renseignements recueillis ?

Les hématomes consécutifs à la blessure de la méningée moyenne ou de ses branches peuvent offrir de grandes variétés de siège et d'étendue, mais on peut les ramener à quelques types.

Digitized by Google

A. Ils peuvent occuper toute la concavité de l'hémisphère correspondant (*hématome diffus*) ou laisser adhérente une certaine étendue de la dure-mère (*hématomes circonscrits*).

B. *a*. Le plus souvent ces hématomes circonscrits occupent la fosse moyenne de la base du crâne et la partie correspondante de la voûte (*hématome médian* ou *temporo-pariétal.*).

b. Plus rarement, quoique Krönlein en ait rencontré deux exemples, on observe l'*hématome postérieur* ou *pariéto-occipital.*

c Exceptionnellement enfin l'hématome est *antérieur* ou *fronto-temporal.*

Chacune de ces variétés d'hématome pourrait théoriquement être reconnue, mais en pratique on doit le plus souvent s'estimer heureux de faire le diagnostique d'hématome par lésion de la méningée moyenne et de reconnaître le côté atteint.

Cela étant, l'hémorragie a le plus souvent cessé quand on se décide à intervenir et le seul but du chirurgien doit être d'évacuer le foyer sanguin qui cause la compression. En trépanant au lieu classique, dans la région temporale près de l'angle du sphénoïde, on tombera dans le foyer hématique s'il est diffus, ou même si l'on a affaire aux variétés médiane et antérieure d'hématome circonscrit. Seule la variété postérieure reste ainsi hors d'atteinte et nécessite une seconde couronne de trépan plus postérieure.

Plus exactement on doit placer la première couronne de trépan sur une ligne horizontale partant du rebord supérieur de l'orbite, à 3 ou 4 centimètres en arrière de l'apophyse orbitaire externe du frontal, et, si l'on ne trouve rien, on fera une seconde trépanation au point de rencontre de la même ligne horizontale et d'une ligne verticale passant immédiatement derrière l'apophyse mastoïde.

Cette seconde ouverture est encore indiquée pour faciliter l'évacuation et le drainage, en cas d'hématome diffus.

Krönlein appuie ces propositions sur 4 observations personnelles.

MAURICE HACHE.

IV. — Dans cet intéressant travail où sont résumées près de 100 observations personnelles, Wagner ne s'occupe que des fractures du crâne compliquées de plaie.

Tous les dangers inhérents à l'existence de la plaie peuvent être conjurés par une antisepsie rigoureuse et minutieuse et c'est à en établir les règles pour chaque variété de fracture que l'auteur consacre la plus grande partie de son travail.

Toutes les fois qu'il y a un doute sur la possibilité d'une inoculation septique au moment de l'accident on doit faire un nettoyage et une désinfection complète, non seulement de la plaie des parties molles, dont les bords sont écartés et qui est agrandie au besoin, mais aussi de la solution de continuité des os. C'est ainsi que dans les simples félures avec inclusion de corps étrangers, cheveux ou autres, il faut faire une perte de substance à l'aide du ciseau et du maillet pour enlever complètement ces corps étrangers. On appliquera ensuite, bien entendu, un pansement rigoureusement antiseptique.

Dans les fractures avec enfoncement, croyant peu en général à la compression cérébrale due à une légère saillie osseuse ou à un épanche-

Digitized by Google

ment sanguin modéré, contre lesquels la mobilité du liquide céphalo-rachidien protège suffisamment le cerveau, la trépanation immédiate est surtout, pour Wagner, un moyen d'obtenir l'asepsie du foyer de la fracture. Elle est indiquée toutes les fois qu'on peut supposer que des agents infectieux ont pu pénétrer dans la fente osseuse après ou pendant l'accident. Ce n'est d'ailleurs pas la trépanation au sens propre du mot que recommande Wagner, mais une ouverture faite le plus souvent au ciseau et au maillet, avec ablation des esquilles, et disposée de façon à permettre la désinfection du foyer.

La même opération doit être pratiquée pour les plaies pénétrantes simples et étroites d'apparence bénigne, mais pouvant se compliquer d'accidents méningitiques mortels, s'il y a eu inoculation septique, ce que rien ne peut faire prévoir au moment de l'accident.

Si la dure-mère est blessée, il faut agrandir sa plaie pour faciliter l'écoulement des liquides; il faut enlever aussi les parties du cerveau trop atteintes, ainsi que les corps étrangers qui y ont pénétré, s'ils sont accessibles sans nouveaux dégâts.

En cas de fracture communiquant avec les cavités naturelles de la face, le sinus frontal, par exemple, des précautions spéciales sont nécessaires pour maintenir l'asepsie.

Enfin pour les fractures ouvertes pour lesquelles on n'est consulté qu'au bout de 24 heures ou davantage, la désinfection doit encore être plus minutieuse et la trépanation est plus souvent indiquée. L'existence d'accidents méningitiques avérés est une indication formelle de trépanation quand la fracture est assez limitée pour qu'on soit sûr de tomber sur le point de départ des accidents. Deux observations de Wagner prouvent que la guérison est possible quand la méningite est encore limitée.

L'état général, si grave qu'il soit au moment de l'accident, n'est jamais une contre-indication à l'intervention chirurgicale du côté de la fracture.

En se conduisant d'après ces principes Wagner n'a perdu, sur 83 fractures du crâne soignées de suite, que deux malades, l'un mort d'encéphalite due à la présence de corps étrangers, et le second de méningite suppurée ; sa fracture communiquait avec le sinus frontal. Sur les 83 blessés il y avait 35 fissures, 30 fractures par enfoncement et 18 fractures esquilleuses. La trépanation fut employée 38 fois.

Sur les 12 cas qui n'ont été soignés que tardivement il y a eu 4 morts. Huit de ces malades ont été trépanés. MAURICE HACHE.

V. — Homme de 30 ans. Traumatismes graves par accident de chemin de fer en juillet 1881 : fracture du crâne avec lésions nécessitant l'amputation du bras gauche et de la jambe droite. La plaie qui accompagnait la fracture du crâne se réunit dans sa plus grande étendue, mais resta fistuleuse sur un point pendant deux ans sans élimination de séquestre. Huit jours après la fermeture de cette fistule, douleurs très vives partant de la cicatrice, apparaissant par crises spontanées plusieurs fois par 24 heures. En mai 1885 perte de connaissance subite qui dure un quart d'heure et est suivie pendant 2 heures de contracture du membre supérieur droit (la cicatrice de la plaie de tête est à gauche, à la réunion du frontal et du pariétal). Quatre attaques à peu près semblables jusqu'au 14 septembre 1885, jour de son entrée à l'hôpital, mais sans contracture persistante. Douleurs continuelles entre ses crises, empêchant le sommeil.

Sur le côté gauche du crâne à 3 centimètres 1/2 de la ligne médiane, à

Digitized by Google

8 centimètres 1/2 au-dessus du rebord orbitaire gauche on trouve une cicatrice en godet pouvant loger l'extrémité du petit doigt et un peu douloureuse à la pression. Le fond de cette dépression était constitué par de l'os. Le malade réclamait énergiquement une intervention.

Trépanation le 17 novembre 1885, la dure-mère est très nettement réprimée et reprend sa convexité normale quand on a enlevé la portion d'os répondant à la cicatrice, sur une étendue de 5 centimètres sur 4. Drainage. Pansement iodoformé. Suites opératoires des plus simples.

Le malade a eu une perte de connaissance le 4e jour, mais rien n'a reparu depuis, ni attaques ni douleurs. Malheureusement il a commencé à cracher du sang le 20 janvier.

VI. — Homme de 39 ans. Fracture du crâne avec chevauchement considérable à l'âge de 14 ans. Première perte de connaissance à 19 ans, qui le fait réformer. A ce moment, cinq ans après la chute, début d'une douleur constante avec crises de céphalalgie sous l'influence du moindre mouvement. Les vertiges se multiplient. Amélioration passagère par le bromure de potassium à doses élevées. Reprise des accidents qui déterminent Championnière à le trépaner, après 6 mois d'observation. La trépanation très largement faite ne montre rien d'anormal que l'adhérence de la dure-mère à l'os, adhérence qui est détruite dans une certaine étendue sous les bords de l'ouverture. Suites très simples. Opéré depuis 5 mois, le malade n'a plus ni douleurs ni vertiges. Ne lui reviendra-t-il rien? on peut l'espérer, mais non l'affirmer. En tous cas le soulagement obtenu justifierait l'opération. M. HACHE.

VII. — Fracture du crâne. Mort dans le coma au bout de quelques heures. Félures de la voûte et de la base limitant une esquille enfoncée dans les sinus sphénoïdaux et ayant probablement lésé l'artère ophtalmique, point qui n'a pu être directement constaté. M. HACHE.

VIII. — Une fillette, âgée de 12 ans, tomba du haut d'un escalier sur le côté droit de la tête à l'âge de 9 mois. Elle resta cinq ou six jours sans connaissance. Après la disparition du gonflement de la tête on remarqua une place molle, dépressible, animée de pulsations semblables à celles de la fontanelle. Au bout de quinze mois, quand l'enfant commença à marcher, on s'aperçut d'un raccourcissement du membre inférieur gauche. La fillette mouvait le bras gauche moins volontiers que le bras droit et bientôt se développa une contracture avec flexion du coude et de la main. Le côté gauche de la face, sans être paralysé, était un peu atrophié.

Il y a quatre ans, tous les quinze jours, durant une année l'enfant eut des accès épileptiformes qui n'ont pas reparu depuis. Son intelligence est normale.

Etat actuel. Le côté droit de la tête présente un enfoncement en forme de cuvette peu profonde, recouvert de cheveux normaux et sans trace de cicatrice ; on y voit des pulsations synchrones au pouls. Au palper, on sent une perte de substance osseuse, longue de 9 centimètres et large, au maximum, de 3; elle commence par une fente étroite à 2 centimètres au-dessus et à 1 centimètre en arrière de la bosse frontale droite, se dirige d'avant en arrière, puis s'élargit brusquement pour se terminer en arrière d'une ligne tirée perpendiculairement par le conduit auditif droit à 10 centimètres de ce dernier. La moitié de cette perte de substance intéresse le frontal et l'autre le pariétal.

La moitié gauche du front est plus basse, la joue gauche un peu affaissée ; la région pariétale gauche manifestement plus plate que la droite qui bombe visiblement.

Aucun trouble des sens spéciaux ni des nerfs cérébraux moteurs.

Les membres supérieur et inférieur gauches ont subi un arrêt de développement. J. B.

Digitized by Google

IX. — 1° Un homme de 36 ans se présente à Glasgow royal Infirmary avec un affaiblissement de la motilité du bras gauche, accompagné de soubresauts musculaires et de fourmillements dans certains points du membre. On diagnostique une lésion corticale occupant la moitié supérieure de la circonvolution frontale ascendante droite; trépanation; plaque exsudative à la surface du cerveau, intéressant l'arachnoïde, la pie-mère et même la substance grise corticale; infiltration sanguine interstitielle dans la circonvolution frontale ascendante; extirpation des caillots sanguins et des exsudats, réimplantation de la rondelle osseuse enlevée à l'aide du trépan; disparition rapide de la paralysie; guérison complète au bout de six semaines.

2° Femme de 25 ans, atteinte d'une hémiplégie motrice du bras et de la jambe gauches, précédée par des contractions fibrillaires dans les muscles et des fourmillements, sans anesthésie. Syphilis quatre ans auparavant. On diagnostique une lésion corticale syphilitique dans la zone motrice droite, occupant la moitié supérieure des circonvolutions frontale ascendante et pariétale ascendante et intéressant probablement le lobule paracentral. Trépanation. On découvre des ostéophytes à la face interne du crâne, puis de l'épaississement de la dure-mère, et au-dessous un exsudat plastique membraniforme recouvrant la frontale et la pariétale ascendantes et passant comme un pont sur la scissure de Rolando; au niveau du lobule paracentral, on perçoit une rénitence particulière du tissu encéphalique et une incision, faite à ce niveau dans la substance cérébrale, donne issue à une matière granuleuse chargée de débris pultacés; les pulsations du cerveau, complètement absentes auparavant, reparaissent, bien qu'affaiblies après cette opération. En explorant la face interne de la paroi crânienne à l'aide d'une sonde, on découvre des ostéophytes développés sur la table interne de l'occipital, près de la suture lambdoïde. On les enlève au moyen d'une seconde couronne de trépan. Les fragments osseux sont ensuite divisés au ciseau et réimplantés; les plaies sont traitées avec toutes les précautions antiseptiques. Quarante-huit heures après l'opération, les mouvements commencent à reparaître dans les membres paralysés et, en l'espace de quelques semaines, les fonctions se rétablissent assez bien pour permettre à la malade de marcher sans canne et de faire elle-même son ménage. Les plaies opératoires se sont fermées par première intention.

Vingt mois après la sortie de la malade de l'hôpital, la guérison ne s'était pas démentie. H. BARTH.

X. — Une enfant de 4 ans tombe d'un balcon sur le trottoir : on la relève sans connaissance, avec une plaie de la région frontale qui laisse échapper de la substance cérébrale. Pansement à l'iodoforme et application de compresses glacées. Six heures après l'accident, convulsions du côté gauche du corps, qui ne reparaissent plus les jours suivants. Au bout d'une semaine, la plaie semble guérir sans complication, mais quinze jours plus tard surviennent des vomissements et de nouvelles convulsions qui forcent à intervenir. La plaie montrait un petit orifice fistuleux qui permettait d'arriver à une surface osseuse dénudée : on incise crucialement à ce niveau, et on enlève une esquille au-dessous de laquelle était une collection purulente fétide. Lotions phéniquées à 1/20 et pansement antiseptique.

Malgré l'opération, l'enfant reste dans un mauvais état : quelques jours plus tard se déclare une hernie du cerveau au niveau de la plaie. Nouvelle dissection qui fait découvrir une seconde esquille osseuse. Cette fois, amélioration notable, guérison de la plaie et état général excellent, bien qu'il reste une petite fistule purulente.

L'enfant, blessé en mars, est renvoyée au commencement de juillet, en apparence guérie.

Le 1er août subitement surviennent des convulsions limitées aux muscles

Digitized by Google

du côté gauche de la face et du membre supérieur. On donne le chloroforme immédiatement : pendant ce temps s'écoule de la fistule du pus sentant fortement l'hydrogène sulfuré. Une sonde d'argent pénètre dans une cavité assez profonde et revient noircie. Sur cette sonde comme conducteur, une incision d'un quart de pouce est faite au tissu cérébral, et une quantité de pus (estimée à 1 once 1/2) s'échappe violemment par l'ouverture. Lavage de la cavité de l'abcès avec une solution phéniquée forte, jusqu'à ce que le liquide ne soit plus mêlé de pus, puis introduction d'un drain de 1 pouce 1/2 de longueur. Après l'opération, l'enfant a une hémiplégie gauche complète, mais qui disparaît rapidement, au bout de quarante-huit heures. Au bout de quinze jours, on enlève le drain, l'état général est excellent. A la fin d'août, la plaie est guérie, et l'enfant quitte l'hôpital. La guérison est parfaite en octobre, et l'intelligence, non plus que la motilité, n'ont subi aucune atteinte.

H. R.

XI. — L'auteur a obtenu la guérison d'une fausse méningocèle par les injections répétées de teinture d'iode.

Garçon de 5 mois et demi portant sur le pariétal droit une tumeur ronde, plus grosse qu'une orange, transparente, pulsatile, se gonflant sous l'influence des efforts et des cris. Elle s'est développée le lendemain de la naissance : on avait dû employer le forceps.

Le 19 mars 1885, ponction, évacuation de 140 grammes de liquide jaune, non coagulable (liquide céphalo-rachidien).

On constate alors dans le pariétal une perforation grande comme une pièce de 20 kreutzers. A ce niveau, les téguments du crâne sont soulevés par le liquide à chaque inspiration et se dépriment à chaque expiration. Le 26 mars, la tumeur s'étant reproduite, ponction de 200 grammes. Injection de 6 grammes de solution iodée à 50 0/0 qu'on laisse 5 minutes dans le sac et qu'on aspire ensuite.

Le 10 avril, troisième ponction fournissant 100 grammes. Injection de 13 grammes de teinture d'iode pur. Bandage compressif.

Le 5 mai, quatrième ponction. Injection de 10 grammes de teinture d'iode pur. Vomissements, irritation, paralysie transitoire du facial droit.

Ponction le 23 juin. A ce moment, la perforation osseuse atteint la dimension d'une pièce de un mark. Dernière ponction suivie d'injection de teinture d'iode pur le 12 juillet.

A la fin de septembre, l'auteur apprend que la tumeur s'est affaissée. A la fin d'octobre, il constate que la méningocèle a disparu, mais il y a hernie du cerveau à travers l'orifice osseux qui s'est élargi depuis la dernière ponction. Cette hernie est, du reste, peu proéminente.

L'enfant se développe normalement ; l'intelligence est suffisante.

La méningocèle était certainement due à la fracture du pariétal droit par le forceps (il y avait à son niveau une cicatrice semilunaire), avec déchirure de la dure-mère et de l'arachnoïde. Les deux premières injections iodées n'ont pas dépassé les limites de la poche, car l'auteur faisait oblitérer par le doigt d'un assistant l'orifice pariétal. Ensuite la tolérance du malade l'a engagé à laisser la teinture d'iode atteindre la surface du cerveau ; il espérait obtenir ainsi des adhérences sous-arachnoidiennes.

L. GALLIARD.

On middle meningeal hæmorrhage (Hémorragie de la méningée moyenne), par W. JACOBSON (*Guy's hosp. Rep. XLIII, p.* 147, 1886).

Mémoire considérable, portant sur l'analyse détaillée de plus de 80 cas d'hémorragie de l'artère méningée moyenne survenue dans des circons-

Digitized by Google

tances différentes. De la comparaison de tous ces faits, l'auteur tire les conclusions suivantes :

La violence qui détermine l'hémorragie de l'artère-méningée est souvent fort peu considérable, et ne s'accompagne pas nécessairement de fracture du crâne. D'autres fois, il n'y a pas de fracture visible, mais une simple fissure répondant à la table interne du pariétal, sans lésion de la table externe.

Dans les traumatismes plus sévères, il y a presque toujours dilacération ou contusion des circonvolutions cérébrales.

Pour diagnostiquer la blessure artérielle, l'histoire de l'accident, les intervalles d'inconscience, de lucidité du blessé n'ont que peu de valeur : la perte de connaissance est un signe extrêmement infidèle, appartenant à la commotion, à la contusion, à l'encéphalite.

Les signes de compression sont souvent rapidement envahissants et prochainement mortels : le symptôme prédominant est alors la dyspnée et le besoin d'air.

Dans les cas moins aigus, où le malade est comateux, sans intervalles de lucidité, et où il est difficile de dire s'il y a hémiplégie, en présence de la résolution des membres, la dilatation de la pupille, du côté où se trouve le caillot, est un signe de grande valeur. Hutchinson a démontré qu'en pareil cas le nerf moteur oculaire commun est comprimé par le caillot, ce qui prouve, quand ce signe existe, que l'épanchement de sang est assez considérable pour avoir pénétré dans la fosse moyenne sphénoïdale.

Il arrive souvent qu'après la trépanation, lorsqu'on met à l'air et que l'on retire partiellement le caillot, une hémorragie considérable survient ; cette hémorragie est fort difficile à arrêter.

D'autres considérations cliniques méritent d'être signalées.

Il est assez rare que l'hémorragie soit d'emblée forte au moment du traumatisme; ce n'est qu'après, qu'elle se déclare. La présence d'un intervalle pendant lequel le blessé se trouve bien et le développement graduel d'un coma secondaire sont donc un indice de valeur.

Il est probable que souvent l'hémorragie se fait en plusieurs temps, par poussées successives. Ainsi s'explique ce fait, que fréquemment on constate d'abord une stupeur temporaire et un léger degré de parésie, puis quelques heures ou quelques jours après des symptômes soudains qui emportent le malade.

Dans les cas où l'hémorragie est continue, la mort arrive vite, sans les symptômes de la compression cérébrale. C'est le collapsus cardiaque, la pâleur, la dilatation pupillaire, la dyspnée qui dominent.

La présence ou l'absence d'hémiplégie constitue un symptôme inconstant. H. R.

Ueber den Werth der Trepanation bei der Behandlung frischer complicirter Schaedelbrüche (Valeur de la trépanation dans le traitement des fractures compliquées récentes du crâne), par E. LESER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 49, *p.* 801, *et n°* 50, *p.* 827, 7 *et* 14 *décembre* 1885).

A la clinique de Halle, depuis des années, Volkmann débride les plaies des fractures compliquées des membres, afin d'en faciliter la désinfec-

Digitized by Google

tion. Sur 300 blessés de cette catégorie, il n'en a perdu que 4 : deux qui ont succombé au delirium tremens, tardivement et alors que leur plaie était en bonne voie; un à une embolie graisseuse dans les premières heures après l'accident, et le dernier, qui avait refusé l'amputation, à une gangrène traumatique.

Volkmann applique les mêmes principes au traitement des fractures compliquées du crâne : aussi pratique-t-il dans des cas la trépanation afin d'enlever les caillots, les cheveux, les corps étrangers et qui ont pénétré avec eux ou les esquilles qui pourraient devenir autant d'agents d'infection ou d'irritation. Après avoir nettoyé soigneusement le cuir chevelu tout au large de la plaie et agrandi celle-ci, si besoin, on écarte avec des crochets pointus les bords de la blessure, on sectionne tous les tissus contus et l'on enlève toutes les esquilles mobiles. Entre la dure-mère et l'os se trouve le plus souvent un caillot mêlé de saleté apportée par le corps vulnérant; c'est là la cause la plus ordinaire d'infection.

Une fois la trépanation faite, la plaie de la dure-mère est lavée antiseptiquement et on introduit un drain court dans son orifice. Si les méninges sont en lambeaux ou que le cerveau fasse hernie, on détache les fragments de façon à régulariser la plaie et on retranche le tissu cérébral hernié.

Quant aux corps étrangers, projectiles ou autres, qui ont pénétré dans le cerveau, on ne les enlève qu'autant qu'on les voit et qu'on peut le faire sans léser à nouveau la substance cérébrale. Si le canal tracé par le corps étranger au sein du tissu cérébral est béant, on peut y mettre un drain durant 24 ou 48 heures. Mais comme les plaies cérébrales semblent se réunir rapidement, on peut aussi se contenter d'un drainage de la surface du cerveau, à moins qu'on n'ait à redouter quelque complication tenant à l'abondance de l'hémorragie ou à l'étendue de la contusion cérébrale.

Autant que possible, on suture la plaie cutanée en ménageant et conservant les orifices indispensables aux drains.

Depuis 6 mois, Volkmann a renoncé au pansement listérien. Il saupoudre la plaie d'iodoforme et applique par-dessus de la gaze et un coussin de mousse. La plaie, au lieu d'être séparée de l'atmosphère par des substances imperméables, est ainsi aérée; les liquides qui pénètrent dans les pièces de pansement s'évaporent rapidement. La gaze adhère à la surface sous-jacente si bien qu'on la laisse en place souvent durant 4 ou 5 jours, quand on change le reste de l'appareil. Volkmann considère son pansement aéré comme un progrès de l'antisepsie, parce que les sécrétions desséchées offrent des conditions peu favorables au développement des agents de putréfaction.

A moins de circonstances exceptionnelles, les blessés se lèvent 24 heures après la trépanation; le premier pansement est levé et les drains sont retirés au bout de 3 à 5 jours. Le second pansement est laissé plus longtemps; c'est lorsqu'on le remplace qu'on retire les sutures et alors les orifices des drains sont fermés; les opérés sont congédiés avec une plaque de caoutchouc durci ou de fer-blanc matelassé pour protéger l'ouverture du trépan pendant quelque temps.

Les trépanés ne sont d'ailleurs soumis à aucun régime exceptionnel; on ne leur restreint ni les aliments ni les boissons, même spiritueuses.

Digitized by Google

Volkmann n'emploie jamais les vessies de glace, qu'il croit inefficaces et même dangereuses, parce qu'en mouillant l'appareil elles facilitent l'accès de la plaie aux agents infectieux. L'emploi de la glace prophylactique remonte à une époque où l'on craignait une réaction trop vive des tissus lésés parce qu'alors on confondait réaction et infection.

Depuis 1875, Volkmann a traité de cette façon toutes les fractures de crâne compliquées, qu'il ait ou non dû faire la trépanation. Les blessés qui n'ont pas été trépanés ont tous guéri; sur les 36 qui ont subi cette opération, 4 seulement ont succombé et aucun aux suites de l'intervention chirurgicale.

Leser fournit la relation abrégée de ces 36 trépanations. Parmi les 32 suivies de guérison, on compte 8 fractures par arme à feu et dans 3 d'entre elles le projectile a été extrait. 20 fois il existait une blessure de la dure-mère et 11 fois une attrition plus ou moins étendue de cerveau. L'hémorragie n'a été sérieuse que chez 3 blessés; 4 fois on dut faire pénétrer plus ou moins profondément dans le cerveau des drains qui chez deux malades amenèrent la production de fongus cérébraux assez considérables mais qui disparurent spontanément.

Des 4 décès, l'un concerne un suicide avec un pistolet de gros calibre chargé de plomb coupé. Les lésions cérébrales étaient telles que le blessé a succombé au bout de 18 heures, avant toute réaction.

Le second cas mortel s'était accompagné immédiatement après l'accident de paralysie et autres phénomènes cérébraux graves. La terminaison fatale ayant eu lieu le 3e jour, on trouva à l'autopsie un vaste foyer de ramollissement dans le cerveau qui contenait encore plusieurs esquilles d'os, mais pas trace de méningite.

Le troisième décès est celui d'un homme qui avait deux fractures du crâne et c'est celle de la base qui entraîna l'issue mortelle le 5e jour par méningite.

Enfin, dans le dernier cas, il s'agissait d'une fracture du frontal pénétrant dans le sinus et, partant, communiquant avec les fosses nasales. L'opéré succomba au bout de 4 semaines à un abcès cérébral de la grosseur du poing.

Ces deux derniers malades ont manifestement succombé à une infection provoquée par leur fracture de la base du crâne. J. B.

I. — De l'intervention chirurgicale dans la déformation de l'extrémité inférieure du radius, par ROHMER (*Rev. méd. de l'Est*, 15 *avril* 1886).

II. — Ueber Kompressionsfracturen des oberen Tibiaendes (Fractures par compression de l'extrémité supérieure du tibia), par W. WAGNER (15e *Congr. des chir. allem.*, *Cent. f. Chir.*, n° 24, 1886).

III. — Ueber die intra-uterinen Brüche der Tibia (Fractures intra-utérines du tibia), par BRAUN (*Ibid.*).

IV. — Eine neue Operation der patellar Fractur (Nouvelle opération pour la fracture de la rotule), par CECI (*Deut. Zeit. f. Chir. Band XXIII, Heft* 3 *et* 4, *p.* 28).

V. — Eine neue Methode zur Fixirung der Fragmente bei komplicirten Fracturen, par HAUSSMANN (15e *Congr. des chir. allem.*, *Cent. f. Chir.*, n° 24, 1886).

VI. — Eine neue Methode Retention bei Knochenbrüchen... (Fixation directe des fragments dans les fractures), par MIRCHER (*Ibid.*).

Digitized by Google

VII. — The treatment of compound fractures by wiring and drainage (Suture et drainage dans les fractures compliquées), par W. P. VERITY (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 24 *avril* 1886).

VIII. — On bone drainage in hip joint disease (Drainage osseux dans la coxalgie), par THORNLEY STOKER (*Dublin journ. of med. sc.*, *mai* 1886).

I. — Le procédé employé par Rohmer diffère quelque peu de celui de Duplay. Au lieu de couper l'os d'avant en arrière, il le sectionne transversalement, procédé plus long, mais offrant, au dire de l'auteur, plus de sécurité à l'égard des vaisseaux et des gaines tendineuses. P. PARISOT.

II. — Ces fractures sont moins rares qu'on ne le croit. L'auteur en a observé huit cas. C'est presque toujours le condyle interne du tibia qui est atteint. Toutefois, dans un cas il était parfaitement intact, le condyle externe étant seul fracturé. C'est d'ordinaire une chute sur les pieds qui détermine la fracture. Dans les cas où le condyle externe est seul lésé, le genou était antérieurement courbé en valgus.

Il est des cas très nets, faciles à diagnostiquer ; mais lorsqu'il y a simple écrasement de l'écorce du condyle, on pourrait facilement être induit en erreur. Toutefois la sensibilité à la pression au niveau du condyle interne, l'épaississement et l'élongement juste au-dessus de l'interligne permettent de faire le diagnostic.

Le pronostic est assombri par le fait que ces sortes de fractures conduisent souvent à l'arthrite sèche. PIERRE DELBET.

III. — A la naissance du tronc, une inflexion du tibia en avant, et au niveau de l'angle saillant une cicatrice ou une dépression cutanée. Souvent il y a en même temps une diminution du nombre des orteils, et même une absence totale du péroné. Plus tard, il survient un raccourcissement qui peut atteindre 7 ou 8 centimètres. En outre, il y a le plus souvent une contracture des gastrocnémiens, sans rétraction des parties postérieures de la jambe, qui amène l'équinisme du pied, avec du valgus ou du varus.

Lorsque l'incurvation du tibia est légère, il faut s'abstenir de toute intervention, même de la ténotomie du tendon d'Achille, car l'équinisme est une sorte de compensation du raccourcissement.

Lorsque l'incurvation est très marquée, il faut pratiquer l'ostéoclasie ou l'ostéotomie cunéiforme, et la faire le plus tôt possible ; car, si on attend, la rétraction des parties molles de la région postérieure de la jambe peut s'opposer au redressement.

Dans un cas où il y avait huit centimètres de raccourcissement et où le pied avait, à cause de l'absence de péroné, une tendance invincible à se renverser en dehors, Braun a ankylosé l'articulation tibio-tarsienne dans l'extension forcée. Après la guérison, le malade pouvait dissimuler la difformité et fournir une longue marche avec une chaussure spéciale. PIERRE DELBET.

IV. — Après avoir fait le plus sombre tableau des conséquences habituelles des fractures de la rotule et indiqué rapidement les principaux modes de traitement qu'on a imaginés pour elles, Ceci expose son procédé, qu'il a souvent essayé sur le cadavre et qu'il a employé deux fois avec succès sur le vivant.

Digitized by Google

Il consiste à traverser la rotule en croix suivant ses deux diamètres obliques avec un perforateur d'acier percé d'un chas qui sert à passer en 8 de chiffre un fil de soie ou d'argent. Cette opération se fait sans incision, en faisant entrer et sortir l'instrument à travers un pli de la peau.

MAURICE HACHE.

V.— Haussmann propose une nouvelle méthode, le *vissement des os*. Après la réduction des fragments, il applique à leur surface une plaque d'acier non trempé et nickelé qui est percée de trous munis de pas de vis. Par deux de ces trous, il engage deux vis pourvues d'un manche, qui pénètrent dans chacun des deux fragments.

VI. — Dans les fractures diaphysaires, Bircher insère dans le canal médullaire une sorte de tenon qui fixe les deux fragments. Dans les fractures épiphysaires, il fait au ciseau une rainure dans l'os, pour y placer un crampon. Il faut ensuite une opération pour retirer ces appareils.

PIERRE DELBET.

VII.— En règle générale, les portions d'os ou de tissus lésés capables d'agir comme irritants sont enlevés, excepté lorsque l'os est nécessaire comme support mécanique. La contention exacte des fragments évite les lésions des parties molles par les extrémités des os déplacés. La contention est assurée par la suture (fil d'argent ou de fer), le drainage, l'antisepsie et l'immobilité : le raccourcissement, s'il existe, est léger.

Ces principes ont été suivis avec résultat favorable dans 8 observations dont nous donnons une indication très sommaire :

1° Fracture comminutive du tibia et du péroné : on enlève sept fragments osseux ; suture au fil d'argent des deux fragments sans résection du péroné ; guérison et membre utile ;

2° Fracture transversale de l'humérus, près du col, avec fissure dans l'article. Le fragment supérieur est divisé en 4 parties : 1 est enlevée, les 3 autres sont suturées. Guérison rapide. Six mois plus tard, on incise un abcès dans le canal médullaire. Quinze mois après l'accident, on résèque deux pouces d'os pour rapprocher les fragments. Guérison ;

3° Fracture du tiers inférieur du tibia en trois portions, la plus petite de forme triangulaire ; suture des fragments ; guérison avec raccourcissement moindre de 1/8 de pouce ;

4° Fracture oblique en haut et en arrière du tibia ; le péroné est fracturé deux pouces plus bas. L'extrémité du fragment supérieur, qui faisait issue au dehors de deux pouces, dépouillé de son périoste, est réséquée ; suture des deux fragments, raccourcissement de 1/4 de pouce ;

5° Fracture oblique du tibia et du péroné ; suture ; guérison ;

6° Fracture du tibia avec plaie de l'artère tibiale postérieure ; ligature de l'artère et suture des fragments ; mais survinrent des signes de septicémie et de gangrène qui nécessitèrent l'amputation du membre ; guérison définitive ;

7° Fracture par coup de feu du tibia et du péroné ; la balle, aplatie, avec un morceau de vêtement, est extraite ; suture des trois fragments du tibia ; guérison ;

8° Fracture comminutive du tibia (5 fragments) oblique du péroné ; attrition des parties molles ; les fragments sont suturés, mais tuméfaction rapide des parties molles lésées ; amputation et mort le 5e jour.

Un schéma du trait de fracture et du résultat après la suture accompagne chaque observation.

MAUBRAC.

VIII.— L'auteur publie deux cas de coxalgie dans lesquels la trépanation du tronchanter à une période encore peu avancée de la maladie

Digitized by Google

produisit les meilleurs résultats. Son procédé opératoire est le suivant : il fait une incision verticale dont le centre occupe le trochanter, et perfore l'os avec une tréphine à la jonction du tiers antérieur et du tiers moyen du trochanter, de façon à pénétrer dans le col du fémur sans léser les lames compactes de l'os. Dans certains cas où le pus remplit la cavité articulaire, Stoker n'est pas opposé à l'idée de pousser la perforation osseuse jusqu'à l'article, afin de mieux assurer le drainage de l'articulationcoxo-fémorale. H. R.

I. — Fractur der Ulna in ihrem oberen Mittel combinirt mit Luxation des Radius (Fracture du tiers supérieur du cubitus avec luxation du radius), par DOERFLER (*Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, *XXIII*, 3 *et* 4, *p.* 338-361).

II. — Des fractures anciennes de la rotule, par CHAPUT (*Thèse de Paris*, 1885 *et Arch. gén. de méd.*, *mars* 1886.)

III. — On rupture of the ligamentum patellæ and its treatment by operation. (Rupture du tendon rotulien), par SANDS (*New York med. jour. p.* 725. 26 *décembre* 1885).

I. — Après avoir exposé 4 observations nouvelles de fracture du tiers supérieur du cubitus avec luxation de la tête du radius, l'auteur cherche à établir par 17 expériences cadavériques rapportées en détail la pathogénie de cette lésion complexe. Il s'appuie aussi sur les faits connus et sur les travaux antérieurs. Il n'y a d'ailleurs que deux mémoires spéciaux sur ce sujet, tous deux français, dus à Malgaigne et Grenier.

Doerfler réfute d'abord l'opinion de Grenier qui considère la luxation du radius comme secondaire et se produisant au bout de plusieurs jours ou de plusieurs semaines. Les faits cliniques et expérimentaux montrent que ces deux lésions sont contemporaines.

D'autre part il est reconnu que la fracture isolée du cubitus dans son tiers supérieur est due dans l'immense majorité des cas à une cause directe.

Ceci posé, l'auteur démontre par une série d'expériences : 1° que la luxation isolée du radius est très difficile à obtenir et que, quand elle est effectuée, une violence indirecte appliquée sur l'avant-bras ne produit pas de fracture du cubitus, mais une fracture de l'extrémité inférieure du radius ; 2° qu'au contraire une fracture par cause directe du cubitus dans son tiers supérieur se complique de luxation du radius quand la violence est assez grande pour désunir les fragments du cubitus et agir directement sur le radius qu'elle luxe en sens inverse de sa direction.

Doerfler donne ensuite les signes fournis par l'inspection et la palpation du membre, et appuie sa description d'une planche. Il faut relever dans le paragraphe consacré à l'anatomie pathologique la lésion possible du médian par l'extrémité du fragment supérieur du cubitus, et la distension fréquente, quelquefois la rupture de la branche antérieure du radial, sous-tendue comme par un chevalet par le col du radius déplacé en avant.

Le pronostic est tout à fait favorable si le diagnostic a été fait à temps et si le traitement a été convenable. Dans le cas contraire la consolidation peut faire défaut, la luxation devient assez rapidement

Digitized by Google

irréductible, et les fonctions du membre sont compromises ou définitivement perdues. MAURICE HACHÉ.

II. — Chaput a divisé ce très intéressant travail en trois parties, qui comprennent successivement l'anatomie et la physiologie pathologiques, le pronostic et le traitement des fractures anciennes de la rotule.

Après une description anatomique qui démontre que la rotule, avec ses ailerons, fonctionne comme une jugulaire sous un menton, Chaput établit que, parmi les troubles fonctionnels consécutifs aux fractures, ceux qui consistent en un défaut de flexion sont dus soit à des raideurs fibreuses, soit à des ankyloses partielles. Les premières sont déterminées par le raccourcissement et la rétraction des parties fibreuses de la jugulaire, et les secondes par des modifications qui surviennent du côté de la rotule.

La consolidation des fractures de cet os peut se faire de différentes façons : tantôt il y a augmentation de longueur et le cal est osseux ou fibreux avec rétablissement des mouvements de la jointure ; tantôt cette augmentation n'existe pas et plusieurs variétés sont observées. Si la rotule est rigide avec cal osseux ou fibreux, la flexion est gênée. Si le cal est flexible et court, les fonctions sont bonnes, de même que s'il mesure de 5 à 12 centimètres dans l'extension. Au contraire, la flexion est limitée, quand la longueur du cal est comprise entre 2 et 5 centimètres.

D'après la variété anatomique du mode de consolidation, d'après l'âge du sujet et d'après la durée de l'immobilisation, on conçoit que le pronostic soit différent suivant les cas, ainsi que le prouve l'auteur en s'appuyant sur 37 observations, qui lui permettent de donner ces conclusions thérapeutiques :

Dans les fractures récentes, lorsqu'elles sont transversales avec écartement et complication de plaie, suture osseuse ; lorsqu'elles sont comminutives ou transversales sans écartement et avec mobilité faible, chez tous les vieillards, traitement de Tilanus ; pour les autres cas, griffe de Duplay.

Dans les fractures anciennes : combattre les raideurs par les bains sulfureux, les douches, le massage, l'électrisation ; faire la suture osseuse, si l'extension est impuissante ; et, dans le cas de flexion imparfaite, pratiquer l'ablation du ou des fragments de la rotule, suivant les cas, et une année après l'accident, autant que possible. OZENNE.

III. — Etude basée sur 13 cas nouveaux dont les points saillants sont groupés en tableau. Deux faits personnels sont relatés plus longuement.

Obs. 1re. — P. F..., charretier, 35 ans. Il y a dix ans, fracture de la rotule droite : cinq mois après le même accident se reproduit, les fragments sont unis par un trousseau fibreux de 2 pouces de long. Le jour de son entrée à l'hôpital, il fait une chute et on constate que le ligament rotulien est complètement rompu, et paraît arraché à son extrémité inférieure. Comme traitement, extension de la jambe, et bandage contentif du genou. Le malade quitte l'hôpital. Quelque temps après, en descendant un escalier, entorse du genou droit. La douleur qui suivit cet accident céda dès le lendemain : à présent la flexion va à l'angle droit, l'extension est complète. Les 2 ligaments rotuliens paraissent égaux.

L'auteur fait remarquer que la contraction brusque du quadriceps pour prévenir une chute en arrière est la cause la plus fréquente de la

Digitized by Google

rupture, qu'on observe surtout chez l'homme. Une fois les 2 ligaments furent rompus, ce qui porte à 5 les cas connus (2 de Shaw, 1 de Gibon, 1 de Hamilton).

Il faut aussi remarquer que lorsque la rupture du ligament rotulien est précédée de la fracture de la rotule, les deux lésions existent toujours du même côté du corps. La rupture est ordinairement complète, et le genou devient distendu et douloureux aussitôt après l'accident, soit par épanchement de sang, ou effusion inflammatoire. La réunion des parties séparées se fait en six ou huit semaines, puis l'articulation devient mobile et l'extension s'accomplit assez bien.

Obs. 2e. — C. K..., 44 ans. En septembre 1884 une lourde pièce de bois lui tombe sur le genou droit : la marche devint aussitôt impossible ; l'accident arriva sur mer et le malade ne fut soigné qu'en décembre. On incisa le genou distendu par du liquide ; la guérison suivit, mais le membre resta faible et la marche n'était possible qu'avec une attelle placée derrière la jambe. La marche était lente, irrésolue, et le malade réclamait une opération dans l'espoir de recouvrer l'usage de son membre. Dans le genou était un épanchement modéré ; la rotule, déplacée de deux doigts en haut, mobile latéralement, ne pouvait être abaissée à sa position normale. Le ligament rotulien paraissait avoir été complètement rompu à son insertion inférieure ; l'extension était impossible. Le 19 mai, on fait une incision de 9 pouces sur la ligne médiane du genou : la portion du ligament adhérente à la rotule, longue de 1 pouce, fut libérée, et à l'aide d'incisions profondes obliques et transversales dans les parties médiane et latérales du quadriceps fut abaissée et suturée aux vestiges du ligament sur l'épine du tibia.

Le malade souffrit beaucoup les deux premiers jours après l'opération, puis la guérison s'établit rapidement. Le 21 juillet le malade se leva puis porta quelques jours un bandage en cuir, qu'il abandonna en octobre : le genou paraissait redevenu normal ; il était évident qu'il y avait eu réunion du tendon suturé.

Dans les cas semblables l'opération peut rendre service : la grosse difficulté est, lorsque l'accident est ancien, d'affronter les bouts rupturés.

MAUBRAC.

I. — Note clinique et expérimentale sur les effets de la méthode de traction par les poids sur les articulations malades et la coxalgie tuberculeuse en particulier, par LANNELONGUE (*Bull. Soc. de chir.*, *XII*, *n*° 1, *p.* 31).

II. — Zwei Fälle von Lipoma arborescens... (Deux cas de lipome arborescent du genou compliqué de tuberculose synoviale récente. De la tuberculisation de productions primitivement non tuberculeuses), par SCHMOLCK (*Deut. Zeit. f. Chir.*, *XXIII*, 3 *et* 4, *p.* 273).

III. — Essai sur une variété d'hydarthroses consécutives à l'ostéomyélite de croissance, par LOUGNON (*Thèse de Paris*, 1886).

IV. — Traitement chirurgical des luxations en arrière récentes et irréductibles des doigts sur les métacarpiens, par JALAGUIER (*Arch. de méd.*, *février* 1886).

V. — Einige Bemerkungen über die im Verlaufe acuter Infectionskrankheiten (Des luxations spontanées du fémur dans le cours des maladies aiguës), par SONNENBURG (*Arch. f. klin. Chir.*, *XXXI*, 4, *p.* 841).

VI. — Resection der Synchondrosis sacro-iliaca, par SCHEDE (*Soc. méd. de Hambourg*, 3 *novembre* 1885).

Digitized by Google

VII. — Die Kniegelenksresection bei Kindern (Des résections du genou chez l'enfant), par Albert HOFFA (*Ibidem*, *XXXI*, 4, *p.* 763).

I. — Lannelongue ne cherche à établir dans cette note que les résultats qu'on peut attendre de l'extension continue au point de vue de la séparation des surfaces articulaires, question discutée et remplie d'opinions contradictoires. König et Paschen crurent, en effet, démontrer sur des cadavres normaux la séparation des surfaces coxo-fémorales par des tractions continues peu élevées. Mais, plus tard, Morosoff (de Charkow) prétendit au contraire qu'il fallait une traction de plus de 10 kilogrammes pour écarter ces surfaces de 1/2 millimètre, et qu'avec 20 kilogrammes on n'obtenait qu'un écartement de 1 millimètre.

Les conditions sont du reste bien différentes dans une articulation saine et malade. La mort d'un coxalgique, à une période récente de son affection, a fourni à Lannelongue l'occasion de faire une expérience décisive à ce sujet.

C'était un enfant de 4 ans, malade depuis environ 5 mois, et qui était mort du croup après avoir été soumis 45 jours à l'extension continue avec une traction de 2 kilogrammes, puis de 3 kilogrammes. La tête fémorale était déformée et aplatie en haut et en dehors; le cotyle était peu altéré; la capsule et la synoviale étaient en partie fongueuses et molles surtout en arrière et en haut, où des fongosités s'insinuaient, entre les surfaces articulaires.

L'expérience fut faite par un temps de neige, le cadavre étant en état de conservation parfaite. Le bassin, séparé du tronc, a été solidement cloué sur une planche et l'extension a été faite comme sur le vivant, à l'aide d'une anse en diachylon appliquée sur la cuisse au-dessus des condyles fémoraux et maintenue sur ce point, ainsi que sur la jambe, mais plus modérément. On employa un poids de 4 kilogrammes. L'extension fut maintenue de 10 heures et demie du matin à 7 heures du soir, sans rigidité cadavérique. On a alors procédé, sans cesser l'extension, à la congélation du membre avec des mélanges réfrigérants. Le lendemain, à 9 heures du matin, une coupe a été faite à la scie dans l'axe approximatif du col fémoral.

Sur cette coupe, on voyait très nettement que la tête fémorale avait descendu et était séparée de la partie supérieure du cotyle par un intervalle de près de 1/2 centimètre; au centre, il existait un écartement de 2 millimètres, et le contact entre les surfaces articulaires n'existait plus qu'en bas. L'espace compris entre les surfaces articulaires était comblé par des fongosités molles, nullement adhérentes aux surfaces articulaires, et partant du point de réflexion de la synoviale sur le col fémoral.

Cette expérience démontre donc que l'écartement des surfaces sur une jointure malade est un fait réel. Il importe seulement de faire remarquer que ce n'est pas l'expérience *post mortem* qui a produit cet écartement, mais bien l'application de la méthode pendant les 45 jours qui ont précédé la mort. La capsule, presque entièrement fongueuse, ne pouvait plus résister à la traction.

II. — Après avoir brièvement résumé les 6 cas de lipome du genou qu'il a pu réunir, Schmolck rapporte 2 observations recueillies à la clinique de Volkmann.

Il s'agissait, dans les 2 cas, de tumeurs graisseuses extrêmement nombreuses, paraissant résulter de l'hypertrophie et de la transformation graisseuse des franges synoviales, et à la surface desquelles on pouvait reconnaître une tuberculisation miliaire de la synoviale.

Les sujets étaient des hommes de 23 et 52 ans, atteints, depuis plusieurs

Digitized by Google

années, d'arthrite subaiguë du genou, qui avait subi une poussée aiguë peu de temps avant leur entrée. Les tumeurs graisseuses avaient été prises pour un épaississement de la synoviale dans un cas, et méconnues dans l'autre à cause de l'abondance de l'épanchement. Tous deux ont guéri par l'arthrotomie et l'extirpation des tumeurs et d'une partie de la synoviale, l'un avec, l'autre sans ankylose. L'auteur fait des réserves sur la possibilité d'une nouvelle poussée tuberculeuse.

L'un de ces cas paraissait évoluer vers l'arthrite déformante, et l'auteur rappelle l'opinion de Riedel qui considère comme presque constante le développement ultérieur de la tuberculose dans les synovites fibrineuses qui aboutissent à la formation de corps étrangers. Peut être la lipomasie des franges synoviales favorise-t-elle aussi le développement du bacille tuberculeux en augmentant la vascularisation de la synoviale.

Relativement à la pathogénie des lipomes du genou, König leur donne comme point de départ la graisse sous-synoviale, admettant qu'ils sont poussés par les contractions musculaires dans l'intérieur de l'articulation; cette opinion, dit Schmolck, n'est pas applicable aux cas comme les siens où les tumeurs sont en nombre considérable, où il s'agit d'un vrai lipome arborescent; dans ces cas, leur développement aux dépens des franges synoviales est évident. En cas de lipome unique il est difficile de dire si l'opinion de König est fondée, ou si, comme semble le croire Volkmann, le lipome s'est développé aux dépens d'une seule frange synoviale. MAURICE HACHE.

III. — L'ostéomyélite de croissance, en comprenant sous ce nom depuis les formes graves aboutissant à l'ostéo-arthrite suppurée jusqu'aux simples congestions juxta-épiphysaires presque sans symptômes, peut donner lieu par voisinage à un épanchement articulaire chronique, à une hydarthrose. Elle s'observe par ordre de fréquence au genou, à la hanche et à l'articulation tibio-tarsienne.

Cette hydarthrose présente trois périodes : dans la première, il existe des symptômes d'ostéomyélite plus ou moins intense, et il peut déjà y avoir un certain épanchement articulaire; dans la deuxième, tous les symptômes osseux s'effacent en apparence et l'hydarthrose persiste seule, soumise à des poussées aiguës sous diverses influences; la troisième période correspond à la guérison ou à l'ostéo-arthrite chronique.

La deuxième période ou période d'état, souvent fort longue, cesse quand la soudure des extrémités osseuses correspondantes est achevée; la guérison survenant alors dans le plus grand nombre des cas. Elle ne manque que si les lésions inflammatoires du début ou d'une des poussées aiguës ont amené dans l'article des altérations suffisant à elles seules à entretenir l'épanchement. On a alors affaire à une ostéo-arthrite chronique non tuberculeuse.

Les caractères qui permettent de reconnaître cette variété d'hydarthrose sont l'âge où elle apparaît, l'étude des antécédents et du mode de début et surtout les signes d'ostéomyélite actuelle ou antérieure que l'on peut relever : hyperostose que l'on doit chercher au compas d'épaisseur, et sensibilité plus ou moins vive à la pression des cartilages de conjugaison voisins. Dans l'hydarthrose du genou c'est le point fémoral qui est le plus douloureux, il siège à environ cinq travers de doigt de l'interligne. MAURICE HACHE.

IV. — Les luxations métacarpo-phalangiennes des quatre derniers

Digitized by Google

doigts se rapprochent, sous le rapport de la difficulté de la réduction, des déplacements correspondants du pouce. Les mêmes particularités anatomo-pathologiques s'observent dans les luxations des quatre derniers doigts et dans celles du pouce. Les mêmes considérations thérapeutiques leur sont applicables. Ces luxations peuvent être complètes simples ou complexes, suivant qu'il y a ou non interposition du ligament glénoïdien. Dans le cas de luxation complète simple, il faut employer le procédé d'impulsion après flexion en arrière, c'est-à-dire maintenir la phalange redressée ou même exagérer le redressement afin d'établir le contact entre sa base et le dos du métacarpien ; faire glisser sa surface articulaire sur le dos du métacarpien jusqu'à ce qu'elle arrive sur la tête de celui-ci, précédée par le ligament glénoïdien chassé par elle; alors seulement rabattre le doigt. Les doigts du chirurgien doivent suffire pour mener à bien cette manœuvre.

Si la luxation est complexe, on peut essayer tout d'abord de la ramener à l'état de luxation simple. Pour cela il faut redresser la phalange en arrière en la reportant vers la base du métacarpien, au delà de la sangle glénoïdienne. Si cette manœuvre réussit, l'impulsion puis la flexion amèneront la réduction de la luxation. En cas d'échec, l'auteur conseille de recourir à une opération qu'il a pratiquée avec succès chez un petit malade de 11 ans.

Il conseille d'inciser le ligament glénoïdien par la face dorsale, en employant la méthode sous-cutanée, après avoir calculé la position du ou des sésamoïdes de manière à les éviter, et en faisant porter la section sur la ligne médiane du ligament glénoïdien. Ce procédé appartient à Farabeuf. RICHARDIÈRE.

V. — Sonnenburg reconnaît, au point de vue de la pathogénie des luxations spontanées du fémur, que le rôle des muscles est important. Mais il ne le considère pas comme décisif parce que la luxation est presque toujours produite par une cause extérieure, et surtout parce que l'action musculaire ne peut expliquer les luxations en avant, dont il y a quelques exemples. Il en donne une observation survenue chez une jeune fille de 18 ans, dans le cours d'une fièvre typhoïde.

Flexion de 75°. Abduction considérable avec rotation en dehors. L'examen sous le chloroforme révèle une ankylose complète. Dans une première intervention opératoire, Sonnenburg fait l'ostéotomie du col, qui permet de corriger la flexion, mais qui reste presque sans influence sur la rotation et l'abduction. Trois mois et demi après, l'auteur fait dans une seconde opération l'ostéotomie sous-trochantérienne pour corriger la rotation et l'abduction. Deux mois après la malade, complètement guérie, peut marcher presque sans boiter. PIERRE DELBET.

VI. — Dans 10 cas de sacro-coxalgie Schede a pratiqué la résection : il a obtenu 4 guérisons complètes; il a eu 6 insuccès (mort ou persistance du mal). Les sujets étaient presque tous des adultes.

Il présente un jeune garçon qui a guéri en six semaines, ne conservant que quelques fistules qui ont persisté plusieurs mois. La sacro-coxalgie avait été longtemps confondue chez lui avec la coxalgie vraie. L'opération a consisté en incision de la peau au niveau de la crête de l'os iliaque, dissection des parties molles, extirpation des tissus altérés dans l'articulation, drainage. L. GALLIARD.

VII. — Dans ce travail, basé sur une statistique de 130 cas qui ont été

Digitized by Google

suivis pendant plus d'un an, Hoffa se propose de réhabiliter la résection du genou chez les enfants.

Dans le plus grand nombre des cas, la résection est capable d'amener la guérison de la tuberculose locale. Sur 130 opérés, 5 seulement sont restés avec des fistules. D'après une statistique comprenant tous les cas connus, 6 0/0 des genoux opérés sont restés fistuleux.

De même que la résection ne met pas seulement à l'abri de la récidive, de même elle ne donne pas de garantie contre la tuberculose viscérale, et on trouve 7 0/0 des opérés qui ont succombé à cette dernière.

Pour ce qui est du raccourcissement, il faut séparer les résections en deux classes : celles qui sont faites au-dessus, celles qui sont faites au-dessous de la ligne épiphysaire.

Après l'ablation des deux lignes épiphysaires, on a observé jusqu'à 25 cent. 1/2 de raccourcissement dix ans après l'opération. L'auteur fait remarquer que malgré ces effroyables raccourcissements, le membre peut être encore utile. Le maximum observé après l'ablation de l'épiphyse du fémur a été de 17 centimètres; après celle du tibia, de 15 cent. 5.

A la suite des résections intra-épiphysaires, le raccourcissement maximum observé a été de 13 centimètres. Ce raccourcissement peut être nul; mais il est des cas dans lesquels on a observé du raccourcissement bien qu'on n'ait pas intéressé le cartilage inter-dia-épiphysaire. Ces raccourcissements doivent être imputés non pas à la résection, mais à l'affection tuberculeuse. En effet, les raccourcissements existent souvent en l'absence de toute intervention. Ils existent lors de l'entrée des malades à l'hôpital. Dans un cas où on avait appliqué le traitement conservateur, le raccourcissement a atteint 18 centimètres. Il résulte même d'une statistique de l'auteur que le raccourcissement est plus considérable en l'absence d'intervention qu'après la résection intra-épiphysaire. Cet arrêt du développement de l'os est dû à une cessation de l'activité de la ligne épiphysaire causée soit par une sclérose, soit par une ossification de cette dernière.

La conséquence de ce fait est considérable, car on peut limiter le raccourcissement dû à la résection, en s'imposant comme règle de n'enlever jamais que de minces disques osseux.

Mais le raccourcissement n'aurait pas jeté un tel discrédit sur la résection du genou, si la flexion ne venait s'y joindre.

Sur 130 cas, l'auteur a observé 24 fois une flexion légère, 30 fois une flexion considérable.

La véritable cause de la flexion est la prédominance des muscles fléchisseurs sur les muscles extenseurs. Cette prédominance, qui existe à l'état normal, s'accentue encore dans les cas pathologiques par suite de l'atrophie du triceps.

Pour ce qui est de la technique opératoire, l'auteur la résume de la manière suivante :

1° Antisepsie sévère;

2° Section osseuse bien verticale. Ablation de tous les foyers osseux. Extirpation complète des parties molles de l'articulation. Badigeonnage de toute l'articulation avec la teinture d'iode. Ténotomie des fléchisseurs. Suture osseuse. Suture en étage des parties molles. Drainage avec des fils de catgut;

Digitized by Google

3° Pansement antiseptique de longue durée (5 semaines). Attelle de Volkmann ;

4° Après l'ablation du pansement, appareil plâtré et badigeonnage de la cicatrice à la teinture d'iode ;

5° Faire porter un appareil silicaté au moins pendant un an après l'opération.

PIERRE DELBET.

I. — Ueber neuropatische Gelenkaffectionn (Des arthrites d'origine nerveuse), par CZERNY (15e *Cong. des chir. allem., Cent. f. Chir. n°* 16, *p.* 285, 1885).

II. — Zur Differentialdiagnose der Gelenkneurosen (Diagnostic des névralgies des articulations), par G. ZESAS (*Cent. f. Chir., n°* 15, *p.* 284, 1886).

III. — The formation of abnormal synovial cysts in connection with the joints par W. MORRANT BAKER (*Saint-Barthol. hosp. Rep. XXI, p.* 177).

IV. — Untersuchungen über die Schultergelenkluxationen (Expériences sur les luxations de l'épaule), par M. SCHÜLLER (*Berl. klin. Woch.*, 27 *avril* 1885).

V. — Demonstration einiger Präparate von habitueller Schulterluxation (Luxation habituelle de l'épaule), par LÖBKER (15e *Congr. des chir. allem., Cent. f. Chir. n°* 24, 1886).

VI. — Ueber doppelseitige Oberarmverrenkung (Luxation simultanée des deux humérus), par Paul GUETERBOCK (*Berl. klin. Woch.*, 1er *juin* 1885).

VII. — *Idem*, **par W. ZENKER** (*Ibid.*, 29 *juin* 1885).

VIII. — Eine seltene Verschiebung des Schulterblattes (Déplacement rare de l'omoplate), par W. HEINECKE (*Cent. f. Chir.* 9 *janv.* 1886).

IX. — Ueber gewisse Verletzungen in Humeroradialgelenk (Quelques luxations de l'articulation huméro-radiale), par LÖBKER (15e *Cong. des chir. allem. Cent. f. Chir. n°* 24, 1886).

X. — Ueber isolirte Luxation des Radius (Luxation isolée du radius en dehors, avec fracture de bord interne de la tête), par W. WAGNER (*Ibid.*).

XI. — Zur Behandlung veralteter Luxationen in Humero-radialgelenk (Traitement des luxations anciennes du radius), par SPRENGEL (*Cent. f. Chir., n°* 10, 1886).

XII. — Étude générale sur les luxations du métatarse, par CLAUDOT (*Archiv. de méd. milit. VII, p.* 273).

I. — Czerny relate 6 observations d'affections articulaires d'origine nerveuse. (Articulat.-tibio-tarsienne 2, épaule 2, coude 1, carpe 1.)

Dans un cas, il s'agissait de la forme que Volkmann a décrite sous le nom d'arthrite ankylosante. Dans un autre, il y eut suppuration des articulations du carpe. L'infection était venue sans doute d'ulcères de la main. Dans les 4 autres cas, le processus fut chronique et destructeur. Dans ces cas les arthrites nerveuses se distinguent de l'arthrite sèche par la destruction extraordinairement rapide des parties qui constituent l'articulation, et, en outre, par l'absence de toute production nouvelle sur les points qui ne sont pas soumis à la pression. Deux fois il y eut des suppurations chroniques qu'on aurait pu ranger, à un examen superficiel,

Digitized by Google

dans le vaste cadre des arthrites tuberculeuses. Malheureusement le bacille n'a pas été cherché.

Il n'est pas douteux que les individus atteints de maladies du système nerveux sont exposés comme les autres à toutes les variétés d'arthrite; mais il n'en faut pas conclure que dans les cas précédents il ne s'agit que d'arthrites ordinaires survenues chez des nerveux. Quand bien même il en serait ainsi, les troubles de l'innervation modifient si profondément la marche de ces arthrites, qu'il y aurait encore un haut intérêt pratique à les distinguer des autres.

L'analgésie joue un rôle capital dans la production de ces arthrites. Les malades continuent à se servir de leurs articulations déjà lésées, les traumatisent et ainsi augmentent le mal. Cette analgésie peut être limitée aux parties profondes, alors que la peau a conservé la sensibilité. L'extrême vulnérabilité des tissus chez les nerveux est aussi d'une grande importance. Nous ne savons rien de la topographie, ni de la nature des lésions de la moelle qui l'occasionnent.

Le diagnostic des affections articulaires nerveuses s'appuie pour les cas aigus sur la marche rapide et destructive du processus; pour les cas chroniques sur l'analgésie, l'abondance de l'épanchement, et la destruction de toutes les parties qui composent l'articulation.

Deux fois la nature de l'affection nerveuse a pu être constatée à l'autopsie. Dans un cas il s'agissait d'une dégénérescence des cordons postérieurs, dans l'autre d'une syringomyélie. Dans les autres cas, on a fait, pendant la vie, le diagnostic de tabes ou de syringomyélie.

En raison de la gravité des traumatismes articulaires chez les tabétiques, il serait bon de leur faire porter des appareils orthopédiques protecteurs. Au début de l'affection, il faut chercher l'ankylose en bonne position. Si les surfaces articulaires sont très altérées, si la suppuration menace l'existence, il faut penser à l'arthrotomie, à la résection, ou à l'amputation. Czerny a pratiqué une fois l'arthrectomie et deux fois la résection avec succès. Dans un autre cas, il survint à la suite de la résection une altération des os, des fistules, qui obligèrent à proposer l'amputation.

PIERRE DELBET.

II. — L'existence des névralgies articulaires est prouvée par les cas dans lesquels l'examen anatomique le plus minutieux fait après l'amputation n'a pu reconnaître la moindre lésion. Mais un abcès de l'épiphyse, un tubercule de la synoviale peut pendant de longues années donner lieu à des douleurs, sans que l'examen clinique puisse reconnaître la moindre altération de l'articulation. L'auteur a observé une jeune fille de 18 ans, qui pendant quatre ans et demi a souffert du genou gauche. L'articulation paraissait saine ; tous les mouvements passifs étaient possibles et indolores. On croyait à une névralgie articulaire, quand tout à coup l'affection changea de marche et prit l'aspect d'une tumeur blanche. Il ne faut donc pas se hâter de diagnostiquer une névralgie articulaire.

PIERRE DELBET.

III. — Les kystes synoviaux adventices se montrent non seulement au voisinage du genou, mais de l'épaule, du coude, du poignet et de la hanche. Leur mode de formation est le suivant : la synovie articulaire, se trouvant à un certain degré de tension, s'échappe de l'article soit par un trajet tracé d'avance, soit par une hernie ou une éraillure de la synoviale,

Digitized by Google

et finit par s'enkyster plus ou moins complètement entre les muscles péri-articulaires.

Les kystes synoviaux de l'épaule siègent soit en avant et au-dessous de la clavicule, soit le long de la longue portion du biceps. — Ceux du coude se trouvent en dedans du bras, un peu au-dessus du condyle interne huméral. Ceux du poignet, indifféremment en avant et en arrière. Ceux de la hanche, au niveau du triangle de Scarpa. H. R.

IV. — Schüller a réussi à produire sur le cadavre les luxations sous-coracoïdienne et axillaire, aussi bien par une abduction exagérée que par un coup direct sur la face externe de la tête humérale. Le mouvement du tronc et la situation de l'omoplate peuvent jouer un rôle dans la production de ces luxations. Lorsque les omoplates s'abaissent d'une façon suffisante, quand le bras est dans une attitude déjà peu favorable par elle-même, le point d'appui du levier se trouve reporté à l'extrémité supérieure de la cavité glénoïde et le tronc exécutant alors un mouvement de rotation, ce dernier suffit pour que la tension de la capsule devienne telle que la luxation s'effectue. Le fait se présente surtout quand la rotation du tronc accompagne une abduction du bras.

Une rotation forcée en dehors du bras modérément élevé et fléchi au niveau du coude entraîne une vaste déchirure de la capsule, même en dedans et en haut, sans amener une luxation complètement type, mais bien une luxation spéciale atypique en avant et en dedans. Il n'est pas rare alors de noter une déchirure plus ou moins considérable des portions les plus élevées et les plus résistantes de la capsule et de tout son anneau fibro cartilagineux et un arrachement du tendon du biceps à son insertion au pourtour de la cavité glénoïde ; alors la tête humérale et la capsule articulaire s'avancent en dedans, souvent même jusqu'au-dessous de la clavicule.

Quelquefois ces expériences de rotation violente, au lieu de produire des désordres dans la jointure, ne font que fracturer le col chirurgical.

Quant aux luxations sous-épineuse et sous-acromiale, Schüller les a reproduites plus ou moins parfaitement sur le cadavre, au moyen d'une des manœuvres suivantes : 1° rotation forcée en dedans du bras fléchi au niveau du coude et élevée ou en abduction ; 2° après une abduction exagérée, et ramenant violemment le bras en dedans et en bas ; 3° coups directs sur la face antérieure de la tête humérale.

D'après les recherches de Schüller, l'attitude caractéristique du bras, dans les luxations en avant, ne dépend pas uniquement de la tension du ligament coraco-huméral et des portions de la capsule restées intactes ; l'abduction s'explique en partie par la tension élastique des muscles. Contrairement aux résultats des expériences de W. Busch et de Tillaux, il a vu qu'après la section du deltoïde, du coraco-brachial, de la courte et de la longue portion du biceps, l'attitude d'abduction diminue un peu et le bras se rapproche du tronc.

Il est facile de se rendre compte que, dans la grande majorité des cas, les déchirures de la capsule articulaire ont une forme et un siège tels qu'elles ne peuvent gêner la résection des luxations en avant.

Toutefois Schüller appelle l'attention sur certaines expériences où la capsule rompue venait constituer un obstacle à la réduction : c'est lorsqu'elle présente seulement une fente étroite au voisinage de la circonfé-

Digitized by Google

rence inférieure de la tête. Quand la tête humérale s'est échappée par cette ouverture, la capsule se rétracte par-dessus elle jusqu'à la gouttière sustrochantérienne, recouvrant la tête par sa face extérieure ; une fois la luxation complète, la capsule se trouve interposée entre la tête humérale et le rebord de la cavité glénoïde ; alors dans les essais de résection, la tête refoule devant elle la capsule. Les procédés qui réussissent le mieux pour la résection sont l'abduction exagérée et celui que Schüller appelle le procédé à levier bimanuel. J. B.

V. — La tête humérale n'a conservé sa configuration normale que dans sa moitié antérieure et interne, au voisinage de la petite tubérosité. Sa moitié postérieure et externe a complètement perdu sa courbure. Elle est creusée d'une dépression de 1 centimètre de profondeur et de 2 centimètres de large. Partout la tête est revêtue de cartilage. Le long chef du biceps est détaché du bourrelet glénoïdal, et adhère au sillon bicipital. Du côté du scapulum il ne reste que la partie la plus externe de la cavité glénoïde. La partie la plus interne est séparée de la précédente par un angle saillant qui correspond à la dépression que l'on trouve sur la tête humérale. Il s'agit donc d'une subluxation, avec formation d'une néarthrose. PIERRE DELBET.

VI. — Si l'on fait abstraction des luxations congénitales et des luxations pathologiques, les luxations simultanées de deux os congénères sont des plus rares. Ebner n'en compte que 8 pour la hanche. Quant à l'épaule, Malgaigne, Follin et Duplay se contentent d'en signaler l'existence. Seul, S. D. Gross dans son *System of Surgery* (5e édition, t. II, p. 75) leur consacre un paragraphe. Il indique que les deux têtes humérales sont en général déplacées en bas, l'une restant dans l'aisselle, l'autre se plaçant sous les pectoraux. La luxation double de l'humérus se complique parfois de fracture de cet os et de l'omoplate ; elle est habituellement le résultat d'une chute dans laquelle l'individu a étendu les deux mains en avant pour se préserver. Ballingall en a observé un exemple à la suite d'une attaque épileptique, et Nath. Smith, un, à la suite d'un accès éclamptique ; dans ce dernier, la réduction ne fut faite qu'au bout de sept mois. Fischer a relaté l'histoire d'un homme de constitution athlétique, qui réussit à faire rentrer en place ses deux humérus de la façon suivante : étant monté sur un banc, il saisit de ses deux mains une barre fixée transversalement au-dessus de sa tête et se lança en avant brusquement et de toute sa force.

L'observation de Gueterbock a trait à une femme âgée de 86 ans, qui se luxa les deux humérus en tombant de son lit. La tête de l'humérus droit est placée dans le second espace intercostal, en dedans de l'apophyse coracoïde ; à gauche elle est au voisinage de cette apophyse un peu au-dessous et à peine en dedans d'elle.

Gueterbock essaya d'abord la réduction sans chloroformer la malade, mais sans succès. Après l'anesthésie il recommença ses tentatives toujours avec le procédé de Mothe. En le combinant avec des tractions lentes il parvint sans trop de peine du côté droit où la luxation était la plus complète. Mais chaque fois qu'il essayait de dégager la tête de l'humérus gauche, il se produisait une sorte de crépitation molle et il n'osait déployer trop de force, vu la fragilité des os séniles. Il finit par y réussir en commençant par des mouvements très prudents de circumduction.

La malade ayant succombé un mois plus tard dans le marasme, on put constater que les deux têtes humérales occupaient leur position normale. A droite, le cartilage offrait un peu d'usure en avant au niveau du bord de la surface articulaire ; à gauche, il y avait au-dessus de la grosse tubérosité

Digitized by Google

un ostéophythe spongieux plus volumineux qu'un pois. Des deux côtés, la déchirure de la capsule à la partie inféro-interne de la cavité glénoïde se reconnaissait à la coloration rougeâtre et à l'épaississement de la capsule, mais il n'y avait ni traces d'épanchement sanguin, ni autres lésions. J. B.

VII. — Une robuste campagnarde, âgée de 22 ans, abritée contre un mur qui s'écroule, est projetée l'épaule gauche contre le sol et retrouvée sous les décombres.

Zenker voit la blessée deux heures après l'accident : les deux têtes humérales étaient dans les aisselles. A droite, la réduction fut facile ; à gauche, un aide dut faire la contre-extension. J. B.

VIII. — Il s'agit d'une jeune fille, chez laquelle ce déplacement se produisit plusieurs fois et dont Heinecke fut témoin. — Cette jeune fille ayant élevé le bras jusqu'à l'horizontale, Heinecke vit le bord postérieur de l'omoplate s'enfoncer, tandis que l'angle inférieur devenait très saillant en arrière. Cette saillie de l'angle inférieur se manifestait lors de l'abaissement du bras. L'omoplate restait fixé dans cette attitude. L'auteur attribue ce déplacement à un chevauchement de l'angle inférieur de l'omoplate sur le bord supérieur du grand rond. Pour le réduire, Heinecke plaça le bras dans la situation horizontale ; et pendant qu'il faisait exercer une traction sur la main, il reporta le membre en arrière. L'omoplate reprit sa position normale.

Ce singulier déplacement n'est indiqué ni dans la monographie de Vogt, ni dans le travail de Bardenheuer. On n'en connaît que trois observations qui sont rapportées par Flower Hulke, *in System of Surgery*, volume II. PIERRE DELBET.

IX. — La luxation isolée de la tête radiale est habituellement produite par une chute sur la main. On ne peut plus accepter que, dans les mouvements de pronation et de suppuration, les deux os de l'avant-bras arrivent au contact. Ce sont les mouvements d'adduction et d'abduction qui produisent les luxations. La phonation forcée avec abduction produit la luxation en avant. La supination jointe à l'adduction amène la luxation en dehors ou en arrière.

L'auteur a observé la luxation décrite par Roser (luxation de la tête radiale en avant avec fracture du corps du cubitus) et quelques autres variétés accompagnées de fracture.

Il pense que le véritable traitement consiste à réséquer la tête. Les incisions antérieures doivent être proscrites parce que dans les luxations en avant, le nerf radial contourne la tête et le col de l'os en passant en avant. L'incision que Hueter a conseillé pour la résection du coude est préférable. PIERRE DELBET.

X. — Wagner en a observé trois cas. Dans le premier, la luxation était ancienne ; il a fait la résection avec un résultat satisfaisant. Dans le deuxième, la réduction fut faite, mais les mouvements ne s'étant pas rétablis, on pratiqua la résection. Un morceau de cartilage s'était interposé entre les deux fragments osseux, et avait empêché leur consolidation. Dans le troisième cas, les mouvements étaient normaux.

Dans les cas récents, il faut essayer la réduction. Dans les cas anciens, il faut faire la résection si les mouvements sont sérieusement compromis. PIERRE DELBET.

XI. — Löbker a proposé de pratiquer, pour les luxations anciennes, la résection de la tête du radius. C'est le seul procédé, pense-t-il, qui permettra la réduction et le maintien de la réduction. Il l'a employé trois fois et a obtenu le rétablissement complet des mouvements.

Digitized by Google

L'auteur pense qu'au moins dans les luxations isolées du radius en arrière, la résection de la tête n'est pas nécessaire pour obtenir un bon résultat fonctionnel. Dans un cas de luxation du radius en arrière et en dehors, datant de six mois, il a mis à nu l'articulation. La tête du radius pouvait être ramenée à sa place. Mais le déplacement se reproduisait aussitôt. La capsule était intacte en avant. Mais, en arrière, elle était déchirée. Une fraction de cette capsule déchirée s'était interposée entre le cubitus et la tête du radius ; elle avait contracté de solides adhérences au niveau de la fosse ovale et était ainsi devenue l'agent de la reproduction du déplacement. Sprengel libéra cette portion de la capsule, réduisit la tête et sutura la capsule. Le résultat fut favorable, et, quelque temps après, la malade pouvait se servir du bras blessé aussi bien que de l'autre.

Sprengel croit être le premier à avoir pratiqué la suture de la capsule dans une luxation ancienne. Toutefois il n'attache à cette suture qu'une importance secondaire. Car, d'après lui, ce n'est pas la déchirure, mais l'interposition de la capsule qui empêche la réduction ou favorise la reproduction du déplacement. C'était du reste l'opinion que Roder avait émise pour les luxations isolées de la tête du radius ; et elle se trouve ainsi justifiée par une sorte d'autopsie faite sur le vivant.

Dans les luxations anciennes de la tête du radius, il ne faut donc pas trop se hâter de faire la résection de la tête radiale. Cette dernière ne doit être faite que : 1° si l'arthrotomie a montré que les désordres sont irréparables ; 2° si l'arthrotomie n'a pas donné un bon résultat fonctionnel. PIERRE DELBET.

XII. — L'auteur étudie, d'après cinquante observations avec indications bibliographiques, la pathologie de cette luxation, et en particulier son mécanisme.

Toutes les espèces de luxations du métatarse peuvent être produites par impulsion directe soit du métatarse dans le sens du déplacement, soit du tarse dans le sens opposé. Plus souvent elles résultent d'une cause indirecte, par le mécanisme du levier : les luxations en haut (32, dont 13 totales et 19 partielles) sont produites par l'extension forcée ; les luxations en bas (6 dont une seule totale) sont produites par la flexion forcée du pied ; les luxations latérales (en dedans 1 cas, en dehors 6 cas) résultent exceptionnellement d'une cause directe, et habituellement d'une incurvation latérale. Le deuxième métatarsien peut, avec ou sans torsion, se dégager de sa mortaise sans fracture. Les luxations des métatarsiens médians sont exceptionnelles et dues tantôt à l'action primitive ou secondaire d'un corps de petit volume, tantôt à une énucléation par le mécanisme dit du noyau de cerise.

La luxation se réduit assez facilement, au moins en partie, dans les premiers jours qui suivent le trauma, mais devient promptement irréductible. MAUBRAC.

I. — Totalexstirpation der Scapula... (Ablation totale de l'omoplate avec résection de la tête de l'humérus), par SCHULZ (*Deut. Zeit. f. Chir. Band XXIII, Heft* 3 *et* 4, *p.* 291).

II. — Désarticulation de la clavicule pour tumeur, par KRÖNLEIN (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1 *mai* 1885).

Digitized by Google

III. — Ueber den Werth der Resektion in der Fusswurzel (Valeur des résections ostéoplastiques dans le traitement des pieds bots), par KRAUSS (15e *Congr. des chir. allem.*, *Cent. f. Chir.*, n° 24, 1885).

IV. — Methode der Resektion des Fussgelenks (Procédé de résection du cou-de-pied dans la tuberculose articulaire), par KŒNIG (*Berl. klin. Woch.*, 4 *mai* 1885).

I. — Le malade entra à l'hôpital dans un tel état de faiblesse, 2 mois après le début de son affection, qu'il fallut, avant de le soumettre à une opération, relever son état général par un traitement dans lequel la liqueur de Fowler a joué, d'après l'auteur, un rôle capital. Toute l'opération fut faite sans difficulté à travers une incision postérieure à peu près verticale. Schultz enleva toute l'omoplate et réséqua la tête de l'humérus et l'extrémité acromiale de la clavicule. Guérison sans incident. Cicatrisation presque complète au bout de 2 mois. Saillie un peu gênante de l'extrémité externe de la clavicule. Le malade quitte l'hôpital 5 mois après l'opération ; il se place comme employé aux écritures dans un bureau et peut faire ce travail sans fatigue (l'opération a porté sur le bras droit). Pas de reproduction osseuse appréciable, ni de néarthrose huméro-costale.

L'auteur insiste sur l'emploi de l'arsenic, qui peut améliorer considérablement l'état des malades atteints de caries osseuses. M. HACHE.

II. — Chez une jeune fille de 18 ans, ayant un sarcome périostique, Kroenlein a pratiqué la désarticulation de la clavicule gauche. La tumeur, de la grosseur d'une pomme, adhérait à la veine sous-clavière.

La réunion s'est faite par première intention, au milieu d'une apyrexie complète.

L'épaule est un peu inclinée en avant et en bas, mais les fonctions du bras sont normales. J. B.

III. — Les différentes méthodes de résection du tarse altèrent plus ou moins la forme et la mobilité du pied. Elles compromettent l'existence. Les sections tendineuses et le traitement orthopédique ne présentent aucun de ces inconvénients, si bien qu'il n'y a pas un cas de pied bot qui justifie la résection du tarse. Pour Krauss, il faut s'adresser au traitement orthopédique et le commencer le plus tôt possible. PIERRE DELBET.

IV. — En cas de tuberculose du cou-de-pied, il est nécessaire d'extirper la totalité de la membrane synoviale. Dans ce but, Kœnig fait deux incisions cutanées : l'une interne, partant de la face extérieure du tibia, à 3 centimètres au-dessus du bord antérieur de la malléole tibiale, descend sur le pourtour de l'articulation qu'elle contourne au niveau du col de l'astragale, pour se terminer à l'articulation scaphoïdo-astragalienne; l'autre, sur la face externe de l'articulation interne, suit un trajet parallèle à la précédente.

Avec l'élévatoire on détache le lambeau antérieur qui se trouve entre les deux incisions et on le relève en avant, de sorte qu'on a immédiatement la vue du tibia et du col de l'astragale les deux foyers principaux des lésions osseuses, dont l'ablation ajoutée à celle du sac synovial suffit dans beaucoup de cas.

Dans les autres cas, on fait la résection proprement dite, en commençant à séparer par coups de ciseau, du tibia et du péroné, une écaille osseuse qui aidera à fermer en avant l'articulation et que l'on conserve. Puis, avec un gros ciseau, on enlève l'extrémité malade du tibia et du péroné. C'est alors seulement que commence la véritable difficulté, l'excision de

Digitized by Google

la synoviale. Kœnig tient pour une faute de la vouloir faciliter en enlevant l'astragale, car il en résulte un affaissement et un raccourcissement considérable du pied. Kœnig excise la synoviale au moyen des ciseaux de Cooper. J. B.

I. — Zur Aetiologie und Pathogenese der akuten Osteomyelitis, par KRASKE (15e *Cong. des chir. allem. Cent. f. Chir. n°* 24, 1886).

II. — Præparate eines Knochencarcimoms (Cancer des os), par KRÖNLEIN (*Cor. Bl. f. schw. Aerzte*, 1 *mai* 1885).

III. — Ostéosarcome des côtes, adhérence au diaphragme, blessure de ce muscle pendant l'ablation de la tumeur, guérison, par HUMBERT (*Rev. de chir.*, 10 *avril* 1886).

IV. — Tumeur vasculaire de l'humérus, sarcome fasciculé kystique, par Louis THOMAS (*Bul. Soc. de chir. XII, p.* 321).

V. — Sarcome ostéoïde de l'humérus avec fracture ; résection de 12 centimètres de l'os, guérison, puis récidive, par Eug. BŒCKEL (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1 *mai* 1886).

VI. — Sarcome myéloïde de l'humérus, désarticulation du bras, résection de la cavité glénoïde, de l'extrémité externe de la clavicule, par Eug. BŒCKEL (*Ibid.*, 1 *mai* 1886).

VII. — Carcinome primitif de l'humérus, fracture spontanée, résection, par Eug. BŒCKEL (*Ibid.*, 1 *mai* 1886).

VIII. — Ostéosarcome de l'humérus, amputation, guérison, par DUBRUEIL (*Gaz. méd. de Paris*, 22 *mai* 1886).

I. — Le staphylococcus pyogenus aureus peut à lui seul produire l'ostéomyélite aiguë chez l'homme, et il la produit le plus souvent.

Dans un certain nombre de cas, à côté du staphylococcus pyogenus aureus, d'autres micro-organismes (staph. pyog. albus, streptoc. pyog. bacilles) peuvent jouer un rôle. L'ostéomyélite est alors le résultat d'une infection mixte, et elle est particulièrement grave.

Peut-être arrivera-t-on à démontrer que tous les micro-organismes pyogènes sont capables, même isolés, de déterminer une ostéomyélite typique chez l'homme.

En tout cas, il faut abandonner l'hypothèse qui voulait faire de l'ostéomyélite une maladie spécifique. Il n'y a pas de différence essentielle entre l'ostéomyélite traumatique suppurée et l'ostéomyélite spontanée.

Les portes d'entrée sont multiples. Kraske a pu dans un cas démontrer par des recherches anatomiques et bactériologiques que l'infection s'était faite par un furoncle des lèvres. La pénétration par le tube digestif, en dépit de ce que dit Kocher, ne parait pas démontrée. Au contraire, les voies respiratoires peuvent servir de porte d'entrée.

Pour ce qui est de la prédisposition à l'ostéomyélite, nous ne savons rien ; mais les récidives de la maladie parlent en sa faveur. Certaines de ces récidives sont dues à la repullulation de micro-organismes restés un certain temps inactifs, d'autres sont dues à une seconde infection. La première atteinte semble amener certaines modifications qui favorisent la seconde. D'autres maladies peuvent également créer cette prédisposi-

Digitized by Google

tion à l'ostéomyélite, et on sait que Ponfick a décrit des altérations de la moelle consécutives à un grand nombre de maladies.

Mikulicz a constaté que des staphylocoques peuvent exister dans des plaies aseptiques, sans troubler la réunion par première intention.

Fränkel a trouvé le staphylococcus albus et l'aureus dans les sécrétions normales du pharynx. PIERRE DELBET.

II. — Colporteuse âgée de 64 ans. A la suite d'une chute, elle se fit, il y a deux ans, une fracture du tiers inférieur du fémur gauche. La présence d'une tumeur fusiforme au niveau de la fracture, jointe à celle d'un cancer ulcéré de la mamelle gauche existant depuis trois ans, fit admettre une métastase osseuse. Néanmoins, après six semaines d'extension avec des poids, l'os fracturé se consolida parfaitement. Plus tard, il se développa autour du sein malade un érysipèle ambulant à la suite duquel les deux tumeurs rétrocédèrent, et l'ulcération, qui avait les dimensions d'un écu, se cicatrisa.

Durant un an, cette femme put reprendre son métier. Au bout de ce temps elle se fit une nouvelle fracture à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur du fémur gauche. Les tumeurs fémorale et mammaire avaient repris leur volume. La consolidation ne se fit pas et il survint de la cachexie et de l'œdème du membre supérieur gauche. La malade ayant succombé, on put constater que toute la cavité médullaire du fémur était le siège d'une infiltration cancéreuse diffuse ; l'os était solide au niveau de la fracture inférieure, et recourbé en forme d'arc dans sa moitié supérieure. J. B.

III. — Il s'agit d'une femme de 21 ans, atteinte d'un sarcome périostique des côtes, qu'on opère le 30 mars 1883 : cicatrisation sans encombre. Huit mois après, récidive dans la cicatrice sous forme d'une tumeur rouge, douloureuse, adhérente aux côtes. Signes d'un épanchement pleural.

Les téguments incisés, on constate que la tumeur adhère aux 7e, 8e et 9e côtes ; on en sectionne trois fragments de 9 centimètres de longueur, et l'on incise l'espace intercostal au-dessus du bord supérieur de la 7e côte ; il s'écoule un flot de liquide séro-purulent d'une large cavité tapissée de fausses membranes molles, filamenteuses, grisâtres, et dont le fond est occupé par le poumon.

Le lambeau thoracique, comprenant tumeur, fragments de côtes et parties molles intercostales, encore adhérent au niveau du 9e espace intercostal, est libéré par quelques coups de ciseaux et enlevé ; on constate alors qu'une bande de tissu diaphragmatique de 2 centimètres de large sur 7 de long a été enlevée. Les cavités thoracique et péritonéale communiquent. Cinq points de suture sont appliqués sur les lèvres de la plaie diaphragmatique : suture des téguments. Pas d'accidents consécutifs, et deux mois après la malade sort considérée comme guérie.

Un an plus tard, deuxième récidive, tumeur plus volumineuse, augmentant rapidement, que Pozzi ne peut enlever qu'en faisant une large brèche à la paroi thoracique, laissant intacte la cavité abdominale. Mort dans les 24 heures. OZENNE.

IV.— La tumeur, examinée après ablation, était formée d'une poche unique d'une contenance d'environ 500 grammes, pleine de sang, à face interne réticulée comme une vessie à colonnes. Sur cette face interne on trouvait deux saillies rouges pédiculées, ayant l'une le volume d'un haricot, et l'autre celui d'une noisette. L'examen de ces deux petites tumeurs a fait reconnaître qu'il s'agissait d'un sarcome fasciculé. En aucun autre point de la tumeur il n'existait de tissu sarcomateux.

Cette observation établit une transition entre les tumeurs vasculaires des os dans lesquelles la nature sarcomateuse, myéloplasique ou carcinomateuse de la paroi est de toute évidence, et celles dans lesquelles l'élé-

Digitized by Google

ment néoplasique fait totalement défaut. On serait ainsi conduit à leur reconnaître à toutes la même origine, en admettant que dans certains cas la destruction du néoplasme marche de pair avec sa formation.

Lucas-Championnière rapporte deux observations analogues.

1° Sarcome vasculaire du tibia simulant un abcès aigu chez un homme de 39 ans. Amputation de cuisse. Guérison sans récidive plus de deux après. La tumeur contenait de très petites masses sarcomateuses;

2° Sarcome vasculaire chez un enfant simulant l'ostéomyélite, pièces en main. Amputation de cuisse. Récidive rapide. Généralisation à marche foudroyante. La pièce examinée n'a permis de découvrir aucune trace de sarcome. MAURICE HACHE.

V. — Femme de 18 ans, chez laquelle on constate, à la suite d'une chute, l'apparition et le développement d'un néoplasme volumineux occupant le tiers supérieur de l'humérus et proéminant dans l'aisselle, en comprimant l'artère axillaire. Résection de l'humérus dans l'étendue de 12 centimètres. Formation d'une pseudarthrose, permettant au membre des mouvements assez étendus. Sarcome ostéoïde kystique au microscope.

Six mois après l'opération, récidive au niveau de l'épaule : ablation du membre et des parties de l'omoplate atteintes. Quelques jours après, cystosarcome du sein, dont on fait également l'ablation. Guérison momentanée. Dans l'année suivante, mort par sarcome pulmonaire. OZENNE.

VI. — Fille de 14 ans. Sarcome énorme de l'humérus : désarticulation du bras, persistance d'un trajet fistuleux, au niveau duquel on constate, trois mois après l'opération, une récidive. Nouvelle opération, consistant en résection de la cavité glénoïde, de l'acromion et de l'extrémité externe de la clavicule. Deux mois après, guérison complète.

La malade a été revue cinq mois plus tard ; il n'y avait pas encore de récidive. OZENNE.

VII.— Homme de 54 ans : à la suite d'une torsion du bras, fracture de l'humérus au tiers supérieur. Consolidation apparente au bout de trois semaines, mais peu après, apparition de vives douleurs dans tout le membre ; œdème de la région deltoïdienne ; renflement fusiforme au niveau de la fracture; abolition des mouvements actifs ; mouvements passifs limités et douloureux.

La tumeur ayant augmenté, étant devenue bosselée, et les douleurs étant intolérables, Bœckel pratique la résection des deux tiers supérieurs de l'humérus. Guérison en deux mois et demi. La moitié supérieure du bras est flasque comme une manche vide et se laisse plier en tous les sens. Mais si l'on maintient le bout de l'humérus qui reste, le malade peut mouvoir l'avant-bras et porter la main vers la bouche. Le membre jouit de toute sa sensibilité. On a muni l'opéré d'une capsule en cuir moulé, qui fixe le bras et le coude contre le tronc et lui permet de faire des mouvements de la main.

L'auteur relève deux points dans cette observation : l'avantage sur la désarticulation de la résection qui a permis de conserver une main encore utile, et la présence d'un cancer véritable, à cellules épithéliales, au centre de l'humérus, ainsi que l'a établi l'examen microscopique fait par de Recklingausen. OZENNE.

VIII.— Femme de 20 ans. Au niveau du tiers moyen de l'humérus, tumeur ovoïde, volumineuse, de consistance inégale, mobile sous la peau, sans adhérence avec le thorax. Pas de battements ; bruit de souffle isochrone à la diastole artérielle. Pas d'engorgement ganglionnaire, anémie très prononcée, hémorragie par deux petites ulcérations situées à la partie supérieure de la tuméfaction.

Ablation du membre supérieur sans aucun accident. Nécessité de retrancher la cavité glénoïde, l'acromion, l'apophyse coracoïde et une partie de la clavi-

Digitized by Google

cule englobée par la tumeur. Convalescence rapide, malgré une pleurésie légère. Cicatrisation complète en moins de deux mois. Diagnostic confirmé par le microscope. OZENNE.

I. — Ueber Skoliose, par L. von LESSER (*Berliner klinische Wochens.*, *n°* 38, *p.* 614, 22 *septembre* 1884).

II. — Mechanik und Statistik der Skoliose, par A. G. DRACHMANN (*Ibidem*, 4 *mai* 1885).

III. — Eine eigenthümliche Art der Totalskoliose (Variété spéciale de scoliose totale), par ALBERT (*Wien. med. Presse*, *p.* 1, 1886).

IV. — Hydromeningocele spinalis lumbalis (Méningocéle spinale lombaire, guérie par l'extirpation du sac et l'oblitération ostéoplastique de l'orifice vertébral), par DOLLINGER (*Soc. des méd. de Buda Pesth*, 6 *février* 1886).

V. — Volumineuse tumeur de la région fessière constituée par une méningocèle. Guérison, par KIRMISSON (*Bull. de la Soc. de Chir.*, *XII*, *n°* 4, *p.* 288-294).

VI. — Cystenhygrom der Steiss und Kreuzbeingegend (Hygroma sacro-coccygien), par WEINLECHNER (*Soc. des méd. de Vienne*, 22 *mai* 1885).

I. — Pour étudier l'influence qu'un développement inégal des côtes des deux moitiés du thorax exerce sur la torsion scoliotique, von Lesser a institué des expériences sur les lapins. Il sectionne l'un des nerfs phréniques au cou, tient les animaux en observation pendant un temps diversement long, puis il les empoisonne avec du chloroforme. Il dissèque alors leur squelette, qu'il conserve dans le liquide de Wickersheimer après avoir pris le moule de la cavité thoracique.

Les effets de la section du phrénique sont contrôlés par l'examen microscopique du nerf et par celui des fibres musculaires du diaphragme.

Animaux vivants et squelettes présentent toutes les difformités qu'on note chez les hommes affectés de scoliose : saillie de l'angle costal, niveau inégal des omoplates, torsion du rachis, obliquité de la tête.

Lorsque, sur un jeune animal, on coupe l'un des nerfs phréniques, on voit que, du côté de la moitié paralysée du diaphragme, la respiration costale commence plus tôt et est plus étendue. La longueur des côtes correspondantes et surtout leur convexité sont plus considérables; les côtes de la moitié paralysée refoulent d'abord le sternum, y compris son appendice, du côté sain où la respiration diaphragmatique est conservée. Peu à peu il se forme une proéminence des angles costaux au voisinage du rachis. Quand c'est le phrénique droit qui est sectionné, il se produit une scoliose convexe à gauche, qui commence toujours au point d'union des colonnes lombaire et dorsale. Cette scoliose peut sembler tout à fait insignifiante, en comparaison de la scoliose toujours plus marquée mais secondaire et en sens opposé qui se produit au milieu ou en haut de la colonne dorsale.

L'inégal fonctionnement des deux moitiés du diaphragme est l'une des causes qui jouent un rôle dans l'apparition de la scoliose chez l'homme. Des observations soigneuses ont montré à von Lesser que l'exagération de la respiration costale est un des signes initiaux de la scoliose alors que les apophyses épineuses constituent encore une ligne droite. Les

Digitized by Google

autres signes précoces sont : 1° des douleurs thoraciques vagues ; 2° une sorte de chorée respiratoire, c'est-à-dire une arythmie, un défaut de synchronisme dans les mouvements respiratoires des deux moitiés du thorax ; 3° l'atrophie des muscles longs dorsaux et des petits muscles vertébraux, caractérisée par un développement anormal de poils et par une exagération de sueur le long des apophyses épineuses.

Traitement. Les indications thérapeutiques varient dans les 3 stades ou types de la difformité.

1° Forme légère. Torsion peu marquée et limitée d'étendue ; atrophie prédominante de la musculature du thorax. Le traitement exclusif consiste dans l'exercice méthodique des muscles par la gymnastique, l'équitation et l'électrisation.

2° Forme progressive. Ici les exercices musculaires sont impuissants à arrêter les progrès de la déformation de la cage thoracique et l'atrophie musculaire tant qu'au préalable on n'a pas fait usage méthodique d'appareils de soutien et de compression, tels par exemple que la machine de Nyrop ou les corsets.

3° Forme rigide généralement regardée comme immobile et incorrigible. Au moyen d'une suspension longtemps répétée du malade, combinée avec des manipulations dirigées contre la rotation du rachis, on arrive souvent à mobiliser la scoliose et l'on conserve les résultats acquis en appliquant des appareils de soutien (corsets). J. B.

II. — Drachmann a traité plus de 2,000 scolioses dans ses 40 ans de pratique orthopédique.

En ce qui concerne le mécanisme de la scoliose, la première condition indispensable à sa formation, c'est le déplacement latéral du noyau gélatineux contenu dans les disques intervertébraux.

Bien que survenant en général à la même époque que le développement de la puberté, au point de vue étiologique, la scoliose n'a aucun rapport avec la puberté.

Quant à la claudication, elle remplace la scoliose au lieu d'en favoriser l'apparition, toutes les fois qu'elle tient à une inégalité de longueur des membres inférieurs.

En pratique, on doit distinguer deux formes principales de scoliose qui diffèrent aussi bien par leur mode de production que par leur pronostic et leur traitement : ce sont la scoliose dorsale et la scoliose lombaire.

La scoliose dorsale ne survient, dans la grande majorité des cas, que chez les individus élancés, minces, qui ont crû rapidement, ont un bassin et des muscles peu développés, des os peu résistants. Très souvent elle s'accompagne de faiblesse générale et d'anémie. Elle est héréditaire et se transforme assez fréquemment en cypho-scoliose.

Au contraire, la scoliose lombaire ne demande aucune structure spéciale du corps pour se développer ; on la rencontre bien souvent chez des fillettes tout à fait robustes. Elle disparaît partiellement ou complètement lorsqu'on glisse, dans la station debout, sous la plante du pied, et, dans le station assise, sous la fesse, un corps qui les rehausse. Le même artifice n'atténue nullement la scoliose dorsale. La scoliose lombaire n'est pas héréditaire, dégénère rarement en cypho-scoliose et, contrairement à la scoliose dorsale, demeure encore curable à des degrés avancés.

Digitized by Google

En dehors de ces deux formes principales, on peut observer soit des scolioses à courbure unique constituée par toute la longueur du rachis, soit la coexistence d'une scoliose lombaire et d'une scoliose dorsale aussi développées l'une que l'autre, soit enfin une scoliose primitivement lombaire compliquée d'une cypho-scoliose dorsale.

Dans le cas de scoliose à courbure unique, il s'agit parfois d'une fausse scoliose tenant à une mauvaise attitude, mais le plus souvent on a affaire au début d'une scoliose dorsale. Dans les autres cas, on se trouve en présence de scolioses invétérées. Enfin, tout à fait exceptionnellement, on peut rencontrer des scolioses à courbures serpentines.

Une enquête officielle sur les conditions sanitaires des écoliers danois a fourni les résultats suivants en ce qui touche la scoliose. Sur 28,125 écoliers, on a compté 368 (1/3 0/0) scoliotiques. La fréquence suivant les sexes était de 0.8 0/0 chez les garçons et de 2 0/0 chez les filles.

D'autre part, voici la statistique de la clientèle de l'auteur où toutes les classes de la société se trouvent représentées. On y voit que Drachmann a traité beaucoup plus de filles que de garçons, ce qui s'explique facilement quand on songe qu'il s'agit d'une difformité.

Sur 1,308 malades, 1,221 (93.35 0/0) appartenaient au sexe féminin. Sur le nombre total de 1,308, 624 (47.7 0/0) avaient une scoliose lombaire gauche; 553 (42.3 0/0), une scoliose dorsale droite; 103 (7.9 0/0), une scoliose dorsale gauche, et 28 (2.1 0/0), une scoliose lombaire droite. La proportion des garçons dans ces 4 variétés oscille entre 1.4 0/0 dans la scoliose lombaire gauche, et 32 0/0 dans la scoliose dorsale gauche.

J. B.

III. — L'auteur décrit la scoliose consécutive à la sciatique.

Sujet de 22 ans, atteint de sciatique à droite au mois de mai 1885. La maladie persiste; au mois d'octobre, on constate une scoliose très accentuée avec convexité à droite. L'épaule droite est élevée, la droite abaissée, la tête penchée à droite.

Du reste, les mouvements de la colonne vertébrale sont libres; le malade, gymnaste habile, n'est privé d'aucun de ses mouvements. Il se tient sur la jambe gauche seule, ne pouvant s'appuyer sur la droite sans éprouver de vives douleurs.

Un autre sujet, chez qui la scoliose avait été attribuée à l'arthrite vertébrale, tandis qu'elle reconnaissait pour cause une sciatique, a guéri complètement après la disparition de cette sciatique. L. GALLIARD.

IV. — Fille portant au moment de la naissance une tumeur grosse comme un œuf au niveau de l'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre lombaire; à l'âge de deux ans, ponction, d'où inflammation du sac.

A l'âge de cinq ans, tumeur lombo-sacrée à base large, tendue, transparente, ayant 36 centimètres de circonférence. Contracture des extrémités inférieures, incontinence d'urine et de matières fécales.

L'auteur pratique la ponction et obtient ainsi la disparition de ces symptômes, qui ne tardent pas à se manifester de nouveau quand le liquide se reproduit.

Alors il incise le sac et constate que l'orifice de la hernie méningée existe au niveau de la cinquième vertèbre lombaire; quelques minces filets nerveux passent également par cet orifice. Extirpation du sac, excision de ces filets nerveux, suture de la dure-mère, qu'on détache des bords de l'orifice osseux.

L'apophyse épineuse de la cinquième lombaire faisant défaut, l'auteur rapproche autant que possible les arcs de cette vertèbre, après les avoir fracturés, et les suture l'un à l'autre. Suture de la peau. Guérison rapide. La contracture ne reparaît pas. L. GALLIARD.

Digitized by Google

V. — Femme de 53 ans, entrée à l'hôpital avec une tumeur de la région fessière droite du volume d'une tête de fœtus à terme, tumeur congénitale qui avait gardé le volume d'une noix jusqu'à l'âge de 43 ans; elle occupait le sillon interfessier, qui la divisait en deux tubes. Ouverture spontanée six semaines avant son entrée, donnant issue à une quantité considérable d'un liquide comparé à de l'eau de roche. L'orifice s'est refermé au bout de 86 heures, et la tumeur s'est reproduite. Gêne considérable.

On constate une tumeur sphérique fluctuante et transparente, mobile sur les parties profondes. A sa partie inféro-interne on trouve une masse solide, modérément dure, qui donne la sensation d'un lobule adipeux refoulé par la tumeur. Aucune réductibilité, aucun phénomène médullaire. Une ponction exploratrice donne du liquide d'aspect hydatique, renfermant un peu d'albumine.

Nouvelle rupture 3 jours après son entrée; on sent alors que le kyste repose sur une masse dure et lobulée se continuant par un véritable pédicule qui va s'insérer sur la face postérieure du sacrum et qui donne lieu à une douleur assez vive quand on le presse entre ses doigts.

Ablation le 28 décembre; on constate nettement l'existence d'un pédicule du volume de l'index, qui s'engage dans la gouttière sacrée, sans aucune fissure normale de l'os. Ce pédicule est lié au catgut et sectionné.

Suites opératoires des plus simples.

La tumeur enlevée et constituée par une vaste poche à parois fibreuses, lardacées, dont la surface interne est lisse. Cette poche se continue en dedans par un canal étroit, avec une seconde cavité du volume d'un œuf de poule. C'est cette dernière qui, située au niveau de la rainure interfessière, aboutit au pédicule intra-rachidien. Ses parois sont doublées d'une couche adipeuse constituant un véritable lipome. Au point de section du pédicule existe un orifice montrant que ce pédicule était creux.

Cette petite tumeur médiane représente évidemment la tumeur congénitale dont un des points s'est laissé distendre pour constituer la tumeur fessière. L'examen histologique a montré que les parois de la poche étaient fibro-élastiques. Pas de revêtement épithélial continu à sa face interne.

Cette tumeur est pour Kirmisson une méningocèle. Ce diagnostic est contesté par Monod et Poncet, qui pensent plutôt à un kyste congénital analogue aux kystes dermoïdes. M. HACHE.

VI. — Les kystes sacro-coccygiens ont la plus grande analogie avec les kystes congénitaux multiloculaires du cou. Ils se développent soit à la région antérieure, soit en arrière du squelette, soit sur les deux faces, et acquièrent, suivant leur siège, une physionomie variable.

L'auteur en a traité cinq. Dans trois cas il a obtenu la guérison par les injections d'iode et d'alcool; il en a guéri un par l'extirpation, enfin un sujet a succombé, après une simple ponction, à une affection interne.

Il en observe un cas chez une fille de cinq semaines; la tumeur est grosse comme un poing d'adulte, avec des bosselures de consistance variable. Elle a une large base d'implantation et est appendue derrière l'anus, qui est refoulé en avant. Le sacrum et le coccyx sont repoussés en arrière, et la tumeur pénètre profondément dans le bassin. L. GALLIARD.

I. — De la cyphose des adolescents, par A. VERNEUIL (*Gaz. méd. de Paris*, 3 *avril* 1886).

II. — Zur Statistik der Skoliose, par KÖLLIKER (*Cent. f. Chir.*, *n°* 21, 1886).

III. — Behandlung der Skoliose (Traitement de la scoliose par le massage), par LANDERER (15e *Cong. des chir. allem.*; *Cent. f. Chir.*, *n°* 24, 1886).

Digitized by Google

IV. — Ueber die Behandlung der Senkungsabcesse ... (Traitement des abcès par congestion de la colonne vertébrale et du bassin), par LESER (*Ibidem.*).

V. — Demonstration eines geheilten Rückgratschussen (Coup de feu dans la colonne vertébrale, guérison), par CZERNY (*Ibid.*).

VI. — Case of displacement and fracture of the axis, par LOWSON (*Med. Chir. Trans. LXVIII, p.* 135).

I.—Plus commune que la lordose, plus rare que la scoliose, la cyphose des adolescents est justiciable d'une thérapeutique simple et efficace au moins dans ses premières périodes. Verneuil, admettant que la voussure cervico-dorsale est de nature parétique, recherche surtout la restauration musculaire en plaçant au second rang la correction mécanique de la difformité.

Pour provoquer la contraction des muscles faibles, l'auteur a recours aux agents suivants : des réfrigérations subites et très courtes sont faites soit au moyen d'une serviette imbibée d'eau à 10°, soit au moyen de la douche ou de la pulvérisation éthérée.

Des manipulations et des frictions sèches ou stimulantes sont pratiquées sur les gouttières vertébrales et sur toute l'étendue du dos.

L'électricité, sous forme de courants interrompus tout d'abord faibles et pendant cinq à dix minutes, tous les deux jours, sera mise en usage.

La gymnastique physiologique est un agent de la plus grande valeur. On provoquera l'exécution de certains mouvements déterminés en faisant agir ainsi les muscles qu'il convient de revivifier. Suivant les cas, on ajoutera les attitudes et les mouvements passifs.

Chacun de ces moyens devra être employé chaque jour suivant les moments que l'on jugera convenables.

Quant aux appareils orthopédiques, ils concourront utilement à la correction de la difformité, de même que les mesures d'hygiène ; le régime et les médications pharmaceutiques seront de précieux adjuvants comme traitement général. OZENNE.

II. — Cette statistique, qui comprend 721 cas, porte seulement sur la scoliose rachitique, dite « scoliose habituelle ». K... en a exclu toutes les scolioses secondaires. Les conclusions sont les suivantes :

1° La scoliose dorsale simple est la plus fréquente ;

2° La scoliose gauche est celle dont le pronostic est le plus favorable. La droite, au contraire, tend à s'exagérer et entraîne des courbures compensatrices dans les colonnes lombaires et cervicales ;

3° Les formes les plus légères s'observent surtout chez les femmes. Dans les formes graves, il y a à peu près autant de sujets de l'un et l'autre sexe.

III. — Landerer croit que dans la scoliose habituelle c'est la faiblesse des muscles du dos qui joue le principal rôle pathogénique. Son traitement vise donc les muscles, et consiste, pour les scolioses du premier et du second degré, en un massage énergique. Il n'emploie les corsets que dans les cas où on ne peut plus espérer la guérison, et où l'on cherche seulement à empêcher l'aggravation du mal.

König ne veut pas renoncer aux corsets, il pense que dans l'intervalle des séances il est utile que l'enfant porte un appareil de soutien.

IV. — A la clinique de Halle, les abcès par congestion sont largement

Digitized by Google

ouverts dès que la fluctuation peut être perçue. On fait un lavage avec un liquide antiseptique chaud (solution d'acide borique ou salicylique). On place des drains volumineux et on suture la plaie. Pansement antiseptique. La paroi de l'abcès n'est grattée que lorsqu'elle est accessible à l'œil. 58 malades ont été opérés de la sorte et pas un n'a succombé aux suites de l'opération. Dans 23 cas, il y eut une réunion par première intention et une réunion durable. Dans ces cas, l'affection osseuse était certainement guérie; et cela n'est pas rare, car on sait que dans le mal de Pott les abcès par congestion sont souvent très tardifs. Si l'affection osseuse n'est pas guérie, il se forme inévitablement une fistule; c'est ce qui est arrivé dans 53 cas. L'incision est encore alors un avantage; car, au lieu d'une vaste cavité purulente, on a seulement une fistule sécrétant peu.

Schede fait la ponction avec un gros trocart et lave au sublimé. Si le liquide se reproduit, il est semblable à de la synovie.

V. — En mai 1873, une jeune femme de 22 ans reçoit une balle de revolver dans la colonne vertébrale. Paraplégie motrice sensitive. Paralysie de la vessie et du rectum. Conservation des réflexes. Il est vraisemblable que la balle a dû rester dans les vertèbres, car il n'y a aucun symptôme de blessure des organes abdominaux. La plaie guérit, la paralysie persiste; mais l'état général est satisfaisant, et la malade peut être promenée sur une chaise roulante à partir du mois de juin. En novembre, il survient une ulcération du sacrum; celle-ci est le point de départ d'un érysipèle qui entraîne la mort.

La balle est enkystée entre la dernière vertèbre dorsale et la première lombaire. La moelle est presque complètement sectionnée. Le segment supérieur de la moelle présente un ramollissement purulent. Czerny pense qu'il y avait eu guérison de la plaie médullaire, et qu'il s'agit d'une myélite ascendante aiguë survenue dans les derniers temps de la vie. PIERRE DELBET.

VI.— Un vieillard de 75 ans tombe, un soir de l'année 1874, d'un talus, la tête la première, et perd connaissance. Il se relève souffrant de douleurs intolérables à la nuque, revient chez lui à pied et se couche. Le lendemain, douleurs moins aiguës, mais impossibilité absolue de relever la tête. L'examen attentif du cas montra une dépression sous-occipitale des téguments et une saillie vertébrale correspondant à la partie supérieure du pharynx. On diagnostique une luxation en avant de la 3e vertèbre cervicale, avec fracture bilatérale de l'arc postérieur. Au bout de trois semaines, il quitte l'hôpital. Il y revient trois ans plus tard, pour se faire opérer d'un glaucome, ayant retrouvé la facilité de mouvoir sa tête et d'avaler les aliments. Sept ans plus tard, il meurt de gangrène sénile à 85 ans.

L'autopsie montre l'axis et l'apophyse odontoïde inclinés en arrière à un angle de 60°. Il y a ankylose complète entre le corps des 2e et 3e vertèbres. L'arc postérieur de l'axis déborde et enferme celui de la 3e vertèbre qui lui est soudé intimement. L'apophyse articulaire supérieure de la 3e cervicale a pénétré violemment le pédicule de l'axis, tandis que l'apophyse articulaire inférieure de l'axis est largement séparée de l'apophyse transverse.

Le mécanisme de cette fracture avec luxation paraît être le suivant : en tombant, le vertex a porté sur le sol, et le poids du corps a enfoncé l'apophyse articulaire de la 3e vertèbre dans le pédicule de l'axis. La flexion forcée du cou en arrière a fait ensuite passer l'arc postérieur de l'axis au delà de celui de la 3e vertèbre.

Un fait analogue de Paget est relaté dans les *Medico-chir. trans.*, XXXI, p. 285; XXXII, p. 177. H. R.

Digitized by Google

Discussion ueber die späteren Resultate der Operation complicirter Hasenscharten (Discussion du 15e Congrès de la Société allemande de chirurgie sur les résultats éloignés de l'opération du bec-de-lièvre compliqué) (*Berliner klinische Wochens. n° 24, p. 391, 15 juin 1885*).

Gotthelf rend compte des résultats obtenus par Czerny à Heidelberg. Chez cinq enfants âgés de 1 à 6 mois, opérés suivant la méthode de Bardeleben, la réunion par première intention a été obtenue, mais néanmoins ces enfants ont succombé ultérieurement. Gotthelf croit que le gros danger de l'opération est l'hémorragie, qui est généralement considérable et entraîne un affaiblissement irrémédiable. Sa conclusion est qu'on ne doit pas opérer de bec-de-lièvre compliqué avant l'âge de 1 an.

Volkmann est également convaincu de la mortalité extrêmement considérable qui suit les opérations du bec-de-lièvre ; mais il l'explique, non par la méthode opératoire ou par l'opération précoce, mais par des troubles digestifs.

Hoffa fournit une statistique de 80 cas de bec-de-lièvre opérés depuis 1872; 36 d'entre eux étaient simples, et 4 des opérés ont immédiatement succombé. Sur les 44 cas complexes, 15 sont morts. Des 11 enfants qui avaient l'os incisif saillant, 5 sont morts. Sur 5 opérés par la méthode de Bardeleben, 4 sont encore en vie.

Partsch apporte 31 opérations. La mortalité en est également élevée, mais aucun enfant n'a succombé immédiatement. Comme Volkmann, il rattache cette haute mortalité à la débilité congénitale et aux conditions défectueuses de l'alimentation.

Braun a examiné les résultats des opérations pratiquées par Ried, afin de se faire une opinion sur la convenance de laisser en place l'os incisif. Chez deux individus qui ont subi dans les premiers mois de leur existence, il y a dix-neuf et vingt-deux ans, l'excision cunéiforme avec réduction de l'os intermaxillaire, celui-ci est resté rudimentaire et de 1 centimètre 1/2 plus élevé que les arcades dentaires ; les dents elles-mêmes sont obliques ou tombées, et les deux opérés ne peuvent manger qu'avec leurs molaires. J. B.

I. — Zur Hasenschartenfrage (Du Bec-de-lièvre), par BIONDI (15e *Congrès des chirurgiens allemands, Cent. f. Chir., n° 24, 1886*).

II. — Mittheilung zu der operativen Behandlung des Wolfrachens (Traitement opératoire de la gueule de loup), par MENSEL (*Ibidem*).

III. — Vorstellung eines Falles von Staphyloplastik (Présentation d'un cas de staphylorraphie), par SCHOENBORN (*Ibidem*).

I. — Des recherches nombreuses ont permis à Biondi de constater l'exactitude des théories d'Albrecht et de Th. Kölliker, en ce sens au moins que la fissure est toujours située entre l'os intermaxillaire externe et l'interne. On trouve toujours en dehors de la fissure une dent incisive, et dans trois cas on voyait manifestement la suture incisive. Mais sur d'autres points les opinions de Biondi diffèrent de celles d'Albrecht, ainsi qu'on peut le voir par ses conclusions.

1° La lèvre supérieure se compose de quatre parties. A leur formation prennent part le bourgeon maxillaire supérieur et le bourgeon frontal interne, tandis que l'externe forme les ailes du nez;

Digitized by Google

2° Le bord alvéolaire de chaque côté se compose de trois os, le maxillaire supérieur et les deux os intermaxillaires;

3° Les trois points d'ossification de ces trois os proviennent non pas des trois bourgeons qui forment le visage : deux viennent du bourgeon maxillaire supérieur, le troisième vient du bourgeon frontal interne;

4° Des deux os intermaxillaires de chaque côté : l'un provient du bourgeon maxillaire supérieur (os intermaxillaire gnathogène), l'autre du bourgeon frontal interne (os intermaxillaire métopogène);

Outre les sutures connues, il en existe une autre qui traverse les alvéoles des incisives (*suture interalvéolaire*);

6° Les dents incisives se développent seulement sur le territoire des os intermaxillaires. Des deux os intermaxillaires, le *métopogène* donne la moitié postérieure, le *gnathogène* la moitié antérieure des alvéoles;

7° Si on envisage spécialement les bourgeons de la face, la fissure dans le bec-de-lièvre se trouve bien entre le bourgeon maxillaire supérieur et le bourgeon frontal interne; mais si on envisage les os, elle se trouve entre l'os intermaxillaire gnathogène et le métopogène;

8° En dehors de la fissure se trouve l'os gnathogène portant une incisive; en dedans se trouve le métopogène avec une ou deux autres incisives.

Albrecht pense que la suture intra-alvéolaire de Biondi est un simple sillon de l'os et non une suture.

Il n'accepte pas la théorie de Biondi et pense toujours que la lèvre supérieure se développe aux dépens de six parties, l'os intermaxillaire interne, l'os intermaxillaire externe (bourgeon frontal externe) et le maxillaire supérieure de chaque côté. Les planches de His montrent de la manière la plus nette que, chez l'embryon humain, le bourgeon frontal externe prend part à la formation de la lèvre supérieure.

Pour Stöhr, l'os intermaxillaire interne ou postérieur, comme s'accordent à le dire Biondi et Albrecht, n'est pas normalement visible sur la face. C'est un tout petit os qu'on ne peut voir que du côté du palais et qui forme seulement la paroi postérieure de l'alvéole de l'incisive médiane. Ainsi s'explique qu'on n'ait pas pu trouver les limites de ce petit os à la face externe. Il ne devient visible à l'extérieur que dans les cas de bec-de-lièvre.

II. — Mensel, après avoir fait l'avivement et la suture, passe une aiguille au travers des joues. Cette aiguille est munie à une de ses extrémités d'une plaque de la largeur d'un mark, à l'autre d'un pas de vis destiné à fixer une seconde plaque. Ces deux plaques sont assez rapprochées l'une de l'autre pour que la lèvre supérieure soit projetée en avant et parfaitement immobilisée. Cette immobilisation permet d'enlever les fils le cinquième jour. L'aiguille reste en place trois jours de plus. Cette manière de faire ne présente aucun inconvénient, Les enfants ne sont pas agités et se nourrissent sans difficulté. Le canal de Sténon n'a jamais été blessé.

Volkmann rappelle que Philipps et Blasius ont employé un procédé semblable.

III. — Il s'agit d'un enfant de 14 ans atteint d'un double bec-de-lièvre avec perte de la voûte palatine, qui fut soigné et guéri par la méthode de Bardeleben. La respiration se fait normalement par le nez. La prononciation, à la suite de leçons, est devenue claire et correcte. P. DELBET.

Digitized by Google

Des tumeurs malignes de l'arrière-bouche, par A. CASTEX (*Rev. de chir.*, 10 *janvier* 1886).

Les tumeurs malignes de l'arrière-bouche sont le plus souvent de nature épithéliomateuse. L'amygdale est leur point de départ habituel. Elles apparaissent généralement vers l'âge mûr, sans qu'il soit possible d'incriminer particulièrement l'abus du tabac.

Elles affectent dans leur début trois modes principaux qui diffèrent par le siège des premières manifestations (débuts pharyngien, auriculaire, glanglionnaire).

Les symptômes fonctionnels les plus accentués sont : les douleurs dans l'oreille, la sialorrhée, la dysphagie et l'odynphagie.

Parmi les caractères objectifs, on remarque : la tendance de l'ulcération à gagner en surface plutôt qu'en profondeur, l'enduit grisâtre et pulpeux qui le recouvre, les formes écrasées ou en îlots disséminés que revêt parfois le néoplasme, l'importance du toucher pharyngien, qui peut décéler l'anesthésie concomitante du pharynx, l'adénopathie angulaire, et d'abord stationnaire.

Les symptômes généraux sont relativement tardifs.

La marche présente des temps d'arrêt. Le néoplasme s'étend de préférence au pilier antérieur, puis au voile du palais. Certains épithéliomas du pharynx sont térébrants et perforent la base du crâne. Les adénomes du voile, d'abord encapsulés, peuvent faire éclater leur enveloppe et prendre la marche des sarcomes. L'adénopathie secondaire est souvent lente à paraître pour les épithéliomas.

On doit s'appliquer au diagnostic précoce et tenir pour suspectes les hypertrophies unilatérales des amygdales chez les gens âgés. Le diagnostic est à faire avec la syphilis à ses diverses périodes, mais surtout avec le chancre de l'amygdale. Il peut présenter dans ce cas de grandes difficultés. Le diagnostic, avec les lésions tuberculeuses, avec les scrofulides graves, est plus simple.

Quand le néoplasme est circonscrit, sans retentissement ganglionnaire, on doit opérer. S'il est plus étendu, et s'accompagne d'adénopathies secondaires, si la tumeur est circonscrite et mobile, on peut opérer, car l'intervention est plutôt utile que nuisible.

Quand l'envahissement est plus vaste, l'intervention est licite par exception ; s'il existe des indications particulières (douleurs intolérables, intentions de suicide, etc.), elle n'est alors que palliative.

L'intervention procède ici par opérations préliminaires et fondamentales. Elle a recours aux voies naturelles ou artificielles. Il est important de disposer, au moment de la réunion, une ouverture de décharge au dehors. D'une façon générale, si l'opération est précoce et complète, elle procure un temps de survie satisfaisant. OZENNE.

Surgery of pancreas as based upon experiments and clinical researches, par N. SENN (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, *p.* 256, 1er *mai* 1886).

Voici quelques-unes des conclusions de ce mémoire :

Le rétablissement du canal pancréatique après la section de l'organe ne se produit pas.

La mort est la conséquence constante de l'extirpation complète du

Digitized by Google

pancréas, soit par choc, soit par gangrène du duodénum : mais l'excision partielle pour blessure ou maladie est possible et justifiable.

L'obstruction complète du canal pancréatique, si le parenchyme n'est point malade, n'entraîne jamais de kyste ; en cas d'obstruction simple, le liquide sécrété est résorbé.

L'atrophie graduelle du pancréas est compatible avec la santé.

L'extravasation du liquide pancréatique dans la cavité péritonéale ne produit pas de péritonite : le parenchyme écrasé ou déchiré est résorbé si le foyer de la lésion reste aseptique.

La section complète du pancréas par ligature élastique n'est jamais suivie de régénération de la partie sectionnée.

Le détachement du mésentère du duodénum, nécessaire pour aborder le pancréas, n'entraîne pas la gangrène de cette portion d'intestin. Dans les opérations qui portent sur la tête du pancréas, on s'attachera à conserver l'intégrité du principal canal pancréatique.

L'excision partielle de la portion splénique est indiquée dans les cas d'abcès circonscrits, de tumeurs malignes, dans tous les cas où le produit pathologique peut être enlevé complètement sans danger de compromettre la digestion pancréatique ou de léser d'autres organes importants.

On liera le pancréas au point que l'on doit sectionner pour éviter l'hémorragie ou l'extravasation du liquide sécrété.

L'établissement d'une fistule externe par section abdominale est indiqué dans le traitement des kystes, abcès, gangrène et hémorragie du pancréas, dus à des causes locales.

S'il est impossible d'établir une fistule abdominale antérieure dans les cas d'abcès ou de gangrène, on aura recours au drainage lombaire. — Le drainage est toujours indiqué dans les cas de gangrène ou d'abcès avec collection purulente dans l'espace rétro-péritonéal.

L'ablation d'un calcul pancréatique, arrêté dans l'extrémité duodénale du canal de Wirsung, devra se pratiquer, par taxis ou incision et extraction, dans tous les cas où le canal cholédoque est comprimé ou obstrué par le calcul et la mort imminente par cholémie. En pareil cas, la principale source de danger, l'épanchement de bile dans la cavité péritonéale, sera évitée par l'aspiration préliminaire des canaux biliaires dilatés, la suture soigneusement faite de la blessure viscérale avec des fils de soie fins, et le repos physiologique absolu des organes de la digestion, durant le temps nécessaire à la guérison de la plaie viscérale.

MAUBRAC.

Ueber operative Behandlung der Lungenechinococcus nebst Vorstellung eines geheilten Falles (Traitement chirurgical des kystes hydatiques du poumon), par James ISRAEL (15e *Cong. des chir. allem.* — *Cent. f. Chir.*, *n*° 24, 1886).

On doit surtout se préoccuper d'éviter la pénétration de l'air dans la plèvre, et pour cela deux méthodes sont en présence.

1° La méthode en un temps, qui consiste à suturer la plèvre costale avec le sac avant d'ouvrir ce dernier ;

2° La méthode en deux temps, dans laquelle le sac n'est ouvert que lorsqu'on a obtenu des adhérences. La première méthode est indiquée dans les cas de gros kystes, si la pression intra-thoracique est positive.

Digitized by Google

L'incision se fait en plusieurs temps seulement pendant l'expiration. Chacune des incisions partielles est obturée avec un tampon de gaze avant qu'il ne survienne une inspiration.

Israel a opéré un malade avec succès par la méthode en un temps.

Les ponctions exploratrices sont très dangereuses. Elles déterminent des quintes de toux, qui peuvent amener la rupture du kyste. Aussi ne faut-il les employer qu'après avoir supprimé tous les réflexes par la morphine ou même par le chloroforme. PIERRE DELBET.

Nouvelles méthodes de traitement des kystes hydatiques du foie, par POULET (*Rev. de Chir.*, *n*° 6, 10 *juin*).

Dans cette étude, qui renferme une observation personnelle de kyste hydatique du foie, traité et guéri par la laparotomie, l'ouverture du kyste en un temps et l'excision d'une portion de la poche, Poulet, après avoir rappelé que l'incision en un seul temps paraît rallier actuellement la majorité des chirurgiens, donne un tableau de 55 opérations, dont 43 en un seul temps et 12 en deux temps, la plupart pratiquées en Allemagne et en Angleterre. En tenant compte de l'influence fatale de quelques maladies intercurrentes, on ne relève qu'une mortalité générale de 4 0/0.

L'intervention radicale est subordonnée à certaines conditions dépendantes de la nature du liquide, du volume, du siège et des connexions du kyste. C'est la situation de la poche qui doit surtout être prise en considération. OZENNE.

I. — Ueber subphrenische Abscesse (Des abcès sous-diaphragmatiques), par HERRLICH (*Deuts. med. Woch.*, *p.* 159, *n*° 9, 1886).

II. — Laparotomy for pelvic abscess, par A.-Reeves JACKSON (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, *p.* 379, 3 *avril* 1886).

III. — De la laparotomie sous-péritonéale (en particulier dans le traitement des abcés pelviens et des hématocèles pelviennes), par S. POZZI (*Bull. de la Soc. de chir.*, *t. XII*, *p.* 294-312, 1886).

IV. — Pelvic abcess in the male, par Herring BURCHARD (*New York Acad. of med.*, 15 *avril* 1886).

V. — Zur Drainage von Beckenabscessen mittelst Trepanation des Darmbeins (Drainage des abcès du bassin par la trépanation de l'os iliaque), par RINNE (15e *Congrès des chirurgiens allemands*) (*Cent. f. Chir.*, *n*° 24, 1886).

VI. — Digital exploration of lumbar abscesses, par E. ANDREWS (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, *p.* 421, 17 *avril* 1886).

I. — Les abcès sous-diaphragmatiques sont la conséquence des affections du foie (kystes hydatiques suppurés, abcès du foie), de la rate et même des intestins. Ceux qui contiennent des gaz ont été décrits par Leyden sous le nom de pyo-pneumothorax sous-phréniques ; cette dénomination était destinée à mettre en relief leur physionomie clinique. Ceux qui n'ont pas de contenu gazeux sont confondus en général, surtout s'ils siègent à droite, avec les épanchements pleuraux. Quand on incise la paroi thoracique, avec l'intention de vider la plèvre, on trouve le diaphragme qu'il faut inciser pour pénétrer dans le foyer purulent. Comme ils déterminent des adhérences pleurales, ils ont tendance à

Digitized by Google

s'ouvrir spontanément dans le poumon et les bronches plutôt qu'à s'ouvrir simplement dans la cavité de la plèvre.

L'auteur publie trois exemples de la seconde variété d'abcès (sans contenu gazeux) :

1° Vaste abcès situé entre la face convexe de la rate et le diaphragme consécutif à des abcès spléniques, chez une fille de 25 ans, rhumatisante. L'inflammation de la rate est la conséquence d'embolies venant de l'endocarde valvulaire altéré. L'abcès envahissant la base du thorax simule un épanchement pleural. Ponctions exploratrices d'abord sans succès, puis fournissant du pus fétide. Pas d'empyème, collapsus, mort.

2° Femme de 34 ans, souffrant de coliques répétées, attribuées à la lithiase biliaire. Refoulement du poumon droit en haut, du foie en bas, par une masse volumineuse, compacte, fournissant de la matité. On fait d'abord une ponction dans le sixième espace, puis on pratique la résection des sixième et septième côtes, on incise le diaphragme refoulé dans le thorax ; la plaie fournit deux litres de pus mêlé de vésicules hydatiques. Dans la suite, résection des huitième et neuvième côtes. Lavages. Guérison au bout de trois mois et demi. Il s'agissait ici d'un kyste hydatique suppuré avec abcès sous-phrénique secondaire.

3° Abcès sous-phrénique droit consécutif à une périty phlite ancienne chez un sujet de 28 ans. On croit à une pleurésie purulente. Après plusieurs ponctions infructueuses, on obtient quelques gouttes de pus fétide. Thoracotomie, résection de la cinquième côte. Incision du diaphragme. Pneumothorax accidentel, péritonite diffuse. Mort au bout de vingt-quatre heures. La périty phlite résultait d'une perforation de l'appendice cæcal. L. GALLIARD.

II. — *Jackson* rapporte l'observation suivante :

A. M..., femme de 24 ans, a un enfant âgé de 18 mois ; il y a cinq semaines, fausse couche de quatre mois. Elle présente les signes d'une inflammation pelvienne ; tuméfaction comprenant le tissu péri-utérin. Il y a de la fièvre, perte d'appétit, émaciation. Sur le côté gauche de l'utérus et en arrière est une tuméfaction grosse comme la moitié d'une orange, élastique par places, sans qu'il soit possible de trouver un point fluctuant. A travers la paroi postérieure du vagin on fit une ponction qui ne donna issue qu'à du sang. Cinq semaines plus tard, alors que les symptômes s'améliioraient, la malade eut un frisson avec fièvre et douleurs dans le bassin. La tumeur pelvienne était peu augmentée de volume, mais avait gagné vers la symphise pubienne, et en ce point on avait la sensation d'une fluctuation profonde. La malade étant chloroformée, laparotomie, incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane de l'hypogastre ; profondément on ne put refouler le péritoine ; progressant à travers des tissus résistants le couteau pénétra soudain dans la cavité d'un abcès d'où s'échappa un flot de pus ; l'inflammation avait englobé la partie supérieure de l'utérus, le ligament large gauche, la trompe et l'ovaire. La cavité fut lavée, un drain placé dans la plaie, le pus diminua rapidement de quantité, et bientôt la malade guérit. Cinq mois après l'opération, l'utérus était encore en latéro-version à droite, mobile ; une masse irrégulière occupait l'espace de Douglas et se prolongeait du côté gauche ; la malade avait augmenté de poids et faisait son ménage ; trois mois plus tard, le mieux persistait.

Lawson Tait a 32 fois opéré des abcès pelviens, et dans tous les cas il y a eu guérison.

Christian Fenger critique le terme de laparotomie employé par Jackson pour son opération, et veut réserver ce terme pour l'ouverture de la cavité péritonéale ; puis il donne l'indication de plus de 150 opérations semblables déjà pratiquées. Lorsqu'un abcès péri-utérin commu-

Digitized by Google

nique avec le rectum, le danger d'une infection septique doit faire tenter une opération pour drainer la cavité. La dilatation ou l'incision du sphincter de l'anus, la dilatation du trajet entre l'abcès et le rectum n'est pas toujours possible en raison de son siège élevé ; on ne doit jamais la pratiquer au bistouri à cause d'une hémorragie possible. La dilatation pourra être essayée dans les cas d'ouverture près de l'anus ; quant à l'objection faite au traitement, par la voie abdominale, de la persistance d'une fistule, on n'en doit pas tenir compte, la cicatrisation est la règle.

Henry-T. Byford demande si les abcès qui font saillie dans le rectum ne doivent pas être ouverts dans le rectum. On exagère la difficulté de la dilatation de l'orifice qui se fait ordinairement à 4 ou 5 pouces de l'anus ; un bon drainage et une antisepsie convenable suffisent à annuler la nocivité des matières fécales qui peuvent pénétrer dans la cavité de l'abcès.

Edmund Andrews insiste particulièrement sur les guérisons spontanées possibles de ces abcès ; pour la fistule abdominale, il croit que si les orifices sont suffisamment larges, et si l'intestin donne un cours libre aux matières fécales, avec l'antisepsie, la fistule doit guérir.

MAUBRAC.

III. — La chirurgie est souvent impuissante en présence des collections purulentes du petit bassin chez la femme. Par le vagin et le rectum, on ne peut souvent les atteindre ; ces voies rendent le drainage complet et l'antiseptie difficile ; quant à la pratique de Lawson Tait, qui ouvre l'abdomen, cherche l'abcès et le draine, elle entrera difficilement dans la pratique, malgré les trente cas heureux, sans aucun insuccès, que rapporte son auteur.

Pozzi propose une voie moins dangereuse qui permet aussi d'atteindre assez facilement l'abcès en opérant à ciel ouvert, c'est celle par laquelle on lie l'iliaque et qui permet en décollant le péritoine de pénétrer dans l'excavation pelvienne au niveau de l'espace pelvi-rectal supérieur. Cette incision peut être désignée sous le nom de laparotomie sous-péritonéale.

Quand le foyer est atteint on le draine soit par la plaie abdominale seule, soit avec une anse sortant par cette dernière et par le cul-de-sac vaginal postérieur.

Quelquefois l'existence d'un foyer suppuré est très difficile à diagnostiquer, et la laparotomie sous-péritonéale peut rester simplement exploratrice, mais elle est toujours bénigne et paraît avoir même alors une influence favorable sur les tissus épaissis par l'inflammation. D'ailleurs il peut y avoir avantage à enlever des masses ganglionnaires non suppurées.

Enfin, cette opération peut rendre des services dans un petit nombre de cas d'hématocèle.

L'auteur rapporte à l'appui de sa communication les observations suivantes :

Obs. 1re. — Abcès pelvien avec fistule vaginale. Hecticité. Laparotomie sous-péritonéale. Drainage. Guérison.

Obs. 2. — Adéno-lymphite péri-utérine. Laparotomie sous-péritonéale. Énucléation de ganglions dans la fosse iliaque et le petit bassin. Amélioration.

Digitized by Google

Obs. 3. — Péritonite plastique et suppurée. Fistule rectale. Laparotomie sous-péritonéale exploratrice. Pas d'accidents.

Obs. 4. — Énorme hématocèle rétro-utérine. Laparotomie sous-péritonéale. Drainage iliaque et iléo-vaginal. Guérison complète.

Trélat, Bouilly et Lucas-Championnière ont fait des opérations analogues en cas de pelvi-péritonite suppurée. Le traitement de l'hématocèle par cette voie leur paraît discutable. MAURICE HACHE.

IV. — Dans ce travail, l'auteur publie un cas de laparotomie pour abcès pelvien.

Jeune homme de 23 ans, admis en juin 1884 à Saint-Luke's hospital pour des douleurs de la région iliaque remontant à deux ans. On évacue, après plusieurs ponctions infructueuses, un abcès de la région lombaire, diagnostiqué : abcès périthyphlique.

En décembre, deuxième abcès, puis succession d'abcès, sur le côté et dans la région iliaque, qui furent ouverts. Cet état se prolongea pendant près d'une année. En octobre 1885, formation d'un phlegmon, en avant de la crête iliaque; on trouve l'os carié; rugination, pansement au sublimé. Nouveaux abcès qui mettent la malade dans le dernier degré de cachexie.

Laparotomie dans la région iliaque, le 1er février 1886; on essaye de décoller le péritoine qui était trop adhérent et se déchira. Une éponge contient les anses intestinales. On trouve dans le fond de la fosse iliaque un foyer purulent. Les parois de ce foyer sont indurées, comme cartilagineuses, et durent être enlevées avec la curette. Rugination de l'os iliaque. Guérison.

A. C.

V. — Rinne a employé deux fois cette méthode proposée par Fischer. Il s'agissait d'abcès très ancien : l'un fut guéri en trois mois; l'autre en neuf semaines. On fait une incision horizontale à trois travers de doigts au-dessus du grand trochanter, puis avec le ciseau et le maillet il fait dans l'iléon une ouverture qui admet l'index. L'opération est sans danger. PIERRE DELBET.

VI. — L'auteur insiste sur l'exploration digitale comme un moyen de diagnostic des lésions de la colonne vertébrale, s'il y a lieu, et comme aide pour favoriser l'élimination des séquestres; entre autres faits, il a enlevé d'un abcès de la région lombaire deux fragments d'os morts provenant de la troisième lombaire, qui était écrasée, formait gibbosité et portait sur la partie latérale de son corps une cavité comblée de bourgeons charnus; la carie était guérie, et l'abcès, avec un simple drainage et injections antiseptiques, aboutit bientôt à la cicatrisation. MAUBRAC.

I. — **Beiträge zur Lehre von den Hernien (Étude des hernies), par E. KÜSTER** (15e *Congrès des chirurg. allemands, Cent. f. Chir.*, n° 24, 1886).

II. — **Eine neue Methode der Bruchreposition (Nouvelle méthode de réduction des hernies), par Karl NIKOLAUS** (*Cent. f. Chir.*, n° 6, 1886).

III. — **Incarceriter Nabelbruch (Hernie ombilicale étranglée chez un nourrisson), par Fr. ZIELEWICZ** (*Ibidem*, n° 23, 1886).

IV. — **Ueber Darmwandbrüche (Sur le pincement latéral dans les hernies), par W. ROSER** (15e *Congrès de chir. allemands, Cent. f. Chir.*, n° 24, 1886).

V. — **Invagination intestinale simulant une attaque de choléra, par H. RENDU** (*France méd.* 20 *avril*, 1886).

VI. — **Note on a case of abdominal section (Étranglement interne, laparatomie), par BRODRIBB** (*Lancet*, 16 *mai* 1886).

Digitized by Google

VII. — Zur Therapie des Ileus... (Traitement de l'obstruction intestinale par les lavages de l'estomac), par A. BRECHER (*Wiener med. Blätter, p.* 640, 1886).

VIII. — Ueber Laparotomie bei innerer Darmeinklemmung (Laparotomie dans l'étranglement interne), par KÜMMELL (*Deut. med. Woch., n°* 12, 1886).

IX. — Ueber die operative Behandlung der Darminvaginationen, par BRAUN (*Berliner klin. Woch.*, 27 *avril* 1885).

X. — Acute intestinal obstruction followed by acute general peritonitis (Obstruction avec péritonite, laparotomie), par A. BARKER (*Brit. med. journ., p.* 445, *mars* 1886).

XI. — De l'occlusion intestinale par des calculs biliaires, par WISING (*Nordiskt med. Arkiv, n°* 18, 1885).

XII. — Sur les résections du canal digestif, par SVENSSON (*Ibid., n°* 5, 1885).

XIII. — Zur Exstirpation hochsitzender Mastdarmkrebse (Méthode d'extirpation des cancers du rectum de siège élevé), par KRASKE (*Berl. klin. Woch.*, 15 *juin* 1885).

XIV. — *Idem*, **par RINNE** (*Cent. f. Chirurgie, n°* 14, 1886).

XV. — Zur operativen Behandlung der Darmcarcinome (Colotomie spéciale pour un cancer du rectum), par SONNENBURG (*Berl. klin. Woch.*, 31 *août* 1885).

I. — L'auteur a observé trois cas de hernie inguino-superficielle, qui présentaient les caractères suivants : le pédicule traverse directement la paroi abdominale et est toujours très large, même quand la hernie est petite. Le sac renferme en même temps que l'intestin un testicule petit et atrophié, qui est situé juste au-devant de l'anneau. Le scrotum du côté malade est absolument vide, le sac est tout à fait superficiel, il n'est recouvert que par la peau ; il n'y a aucune trace des enveloppes habituelles du testicule, crémaster, etc.; le cordon était situé deux fois en dehors, une fois en dedans.

Küster attribue cette forme de hernie à l'atrophie du testicule. Cette atrophie serait due non pas à des phénomènes de compression, mais à un arrêt de développement qui frapperait en même temps le cordon. Celui-ci resterait trop court pour permettre au testicule de descendre dans les bourses. L'insertion vicieuse du gubernaculum pourrait avoir un effet analogue.

II. — Il est singulièrement fréquent de voir échouer les tentatives de taxis. Une expérience fort simple montre combien le procédé est insuffisant. On introduit dans un tube en caoutchouc long de 4 à 6 centimètres une anse intestinale, et on pousse de l'eau dans l'une des extrémités de l'anse. Pas une goutte d'eau ne sort par l'autre extrémité, même si on exerce une pression considérable sur l'anse. Au contraire, si on tire légèrement sur l'extrémité inférieure, l'écoulement de l'eau se fait immédiatement.

On sait aussi qu'il suffit pendant une autopsie d'exercer une très légère traction sur l'intestin pour faire rentrer une hernie étranglée qui, pendant la vie, avait été tout à fait irréductible.

Tout cela doit conduire à chercher à substituer à la réduction par pression la réduction par traction.

Corvillard, il y a plus de deux cents ans, avait déjà proposé dans ce

Digitized by Google

but de suspendre le patient par les jambes. Renaulme recommandait de le faire mettre à quatre pattes, reposant sur les genoux et les coudes.

Nikolaus regarde ces moyens comme insuffisants. Le poids des intestins doit exercer une traction au niveau de l'orifice herniaire. Il faut pour cela que ce dernier soit situé le plus haut possible, et il faut en même temps que les intestins puissent se mouvoir dans le sens de la pesanteur; ils doivent donc reposer non pas sur une surface résistante, mais au contraire sur une surface flexible comme la paroi abdominale relâchée.

Pour cela le malade doit être placé de façon à reposer sur les genoux et les épaules. Le décubitus latéral à la manière de Simms avec élévation du bassin est encore favorable.

Hegar a déjà noté que, dans la position à quatre pattes, la pression abdominale est considérablement abaissée. Cet abaissement est encore plus considérable dans l'attitude que recommande Nikolaus, surtout si l'on prend soin d'élever les genoux sur un coussin, et de vider l'estomac, la vessie et le rectum; grâce à cet abaissement de pression, une véritable traction se trouve exercée sur l'anneau interne de l'orifice herniaire. Les parties les plus voisines de l'intestin se vident et rentrent, et ainsi de suite de proche en proche.

Dans plusieurs cas de hernie qui avaient résisté à toutes les tentatives de taxis, l'auteur a pu obtenir la réduction simplement par la position donnée au malade, sans aucune autre manœuvre. Le sujet gardait cette position de vingt minutes à trois quarts d'heure. Dans quelques cas, on doit faire deux séances de trois quarts d'heure.

L'auteur recommande encore ce traitement pour la position du malade quand on se propose d'obtenir l'augmentation de la capacité de la vessie très réduite par une hypertrophie concentrique. PIERRE DELBET.

III. — L'auteur fait remarquer que depuis huit ans on n'a publié qu'un seul cas de hernie ombilicale étranglée chez les petits enfants. Celui dont il s'agit avait huit mois. Le lendemain de l'étranglement, des tentatives de taxis furent faites. Au cours de ces tentatives et malgré la plus extrême prudence, il se fit une rupture de l'enveloppe de la hernie, et une sérosité claire s'écoula. L'opération fut faite immédiatement. Il y avait un morceau d'épiploon disposé de telle sorte qu'il s'opposait à la réduction. L'anneau dut être débridé. La réduction faite, la peau et le sac furent suturés au ras de l'anneau, la partie exubérante ayant été réséquée. Réunion par première intention. On ne sent pas d'impulsion pendant les cris de l'enfant.

L'auteur fait remarquer que l'extrême minceur des parois dans les hernies de ce genre commande la plus grande réserve dans les taxis.

IV. — Roser ne croit pas qu'il puisse y avoir des étranglements aigus qui n'intéressent qu'une portion d'anse intestinale, et il ne croit pas au pincement latéral. Mais il admet que des étranglements secondaires chroniques avec adhérence de l'intestin puissent porter seulement sur une portion d'anse. PIERRE DELBET.

V. — Une blanchisseuse de 20 ans se présente à l'hôpital avec toutes les apparences d'une fièvre typhoïde au début. Langue sale, grande prostration, diarrhée, fièvre, vertiges, etc. Un peu de gargouillement de la fosse iliaque droite. La nuit se passe sans incident, mais vers six heures du matin la diarrhée devient beaucoup plus fréquente, et il s'y joint des vomissements très abondants. Bientôt refroidissement périphérique général, frigidité du nez et de la langue, cyanose. Pouls imperceptible, anurie complète, crampes du diaphragme. La voix toutefois est conservée. Pas de signes locaux de peri-

Digitized by Google

tonite, pas de hernie. Malgré les frictions et les injections sous-cutanées d'éther, la mort survient à 9 heures du matin.

A l'autopsie, pratiquée sept heures après la mort, on trouve les intestins baignant dans des matières stercorales liquides. Pas de péritonite. A 80 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale, il existe une invagination de l'intestin grêle. La base du collet présente une large plaque gangreneuse, au centre de laquelle se voit une perforation taillée à l'emporte-pièce, par laquelle s'échappe le contenu intestinal. Il existe une seconde plaque gangreneuse, de couleur jaune sale, à près de 15 centimètres au-dessous de la première ; mais cette plaque n'est pas ulcérée.

A l'ouverture de l'intestin, tout le boudin invaginé, long de 7 à 8 centimètres, tombe en lambeaux ; son extrémité est complètement détruite et béante, ce qui explique le passage des matières malgré le rétrécissement du collet. GASTON DECAISNE.

VI. — Femme de 41 ans prise brusquement d'un étranglement interne. Le cinquième jour, la malade s'affaiblissant rapidement, on se décide à tenter l'intervention chirurgicale. On découvre le colon ascendant étranglé par une bride péritonéale récente, qui est facilement rompue ; plusieurs autres brides néo-membraneuses sont également levées ; on reconnaît alors que l'intestin, bien que fortement congestionné et en partie couvert d'exsudats fibrineux, ne présente aucune menace de gangrène. Les matières amassées dans le cæcum sont poussées en avant par des manœuvres de malaxation, et l'incision abdominale est ensuite refermée à l'aide de sutures métalliques traversant la séreuse. Guérison par première intention. H. BARTH.

VII. — Brecher a observé en avril dernier un vieillard âgé de 64 ans, robuste, mais atteint d'obstruction intestinale survenue graduellement. Les purgatifs, les injections rectales ayant échoué, on pratiqua à quatre reprises le lavage de l'estomac, qui amena plusieurs litres de liquide fécaloïde. A partir de ce moment l'état du malade alla rapidement en s'améliorant.

M. SCHACHMANN.

VIII. — Jeune homme de 20 ans, issu de phtisiques, atteint brusquement, au mois d'août, de météorisme, avec constipation, vomissements bilieux, absence d'émission de gaz. Lavage de l'estomac. Le second jour, les vomissements cessent, mais pas de selles. Dans la soirée, vomissements fécaloïdes, malgré les lavages de l'estomac.

On pratique la laparotomie. Deux brides épiploïques de l'épaisseur du doigt, fixées dans le voisinage de l'épine antérieure et supérieure gauche, étranglent l'iléon un peu au-dessus du cæcum. On les coupe. Seulement, on constate de nombreux tubercules péritonéaux.

Malgré cette circonstance défavorable, l'opéré guérit. La cicatrisation de la plaie abdominale n'est pas complète ; mais, trois mois après l'opération, il a augmenté de 15 livres. On ne trouve pas encore de signes de tuberculose pulmonaire. L. GALLIARD.

IX. — Chez un enfant de 11 mois, atteint d'une invagination iléocolique, Braun pratiqua la laparotomie dans l'espoir de désinvaginer l'intestin. N'y ayant pas réussi, il dut réséquer l'intestin sur une longueur de 75 centimètres. Le petit opéré succomba.

Braun a réuni 62 cas (20 en Allemagne, 42 à l'étranger) d'opérations diverses tentées contre l'invagination. Il conclut de cette statistique que les chances sont en faveur d'une laparotomie aussi précoce que possible pour dégager l'intestin. Chez les jeunes enfants au-dessous de 6 ans, quand cette opération est infructueuse, il y a lieu de s'abstenir de pratiquer soit un anus artificiel, parce que l'intestin lésé ne s'élimine pas, soit une résection qui ne donne jamais de bons résultats. Au contraire, chez les enfants plus âgés et chez les adultes, la résection de l'intestin, ou, si

Digitized by Google

elle doit être trop considérable, l'anus contre nature, sont des opérations indiquées. J. B.

X. — Un homme de 23 ans, souffrant de dyspepsie flatulente, est pris à sept heures du soir d'une faiblesse en allant à la garde-robe. Immédiatement après, douleurs atroces et vomissements qui se répètent pendant toute la nuit, avec l'apparence bilieuse, mais non fécaloïde. Le lendemain matin, aux signes de l'obstruction se sont ajoutés ceux d'une péritonite aiguë, et il y a manifestement du liquide dans la cavité péritonéale. On diagnostique un étranglement par bride péritonéale, et on décide la laparotomie.

A l'ouverture de l'abdomen, les intestins apparaissent recouverts d'exsudats fibrineux, modérément distendus. En déroulant l'intestin grêle de bas en haut, tout d'un coup s'échappe une grande quantité de liquide, et une anse d'intestin congestionnée et ecchymosée fait brusquement saillie. Après vérification du tissu de l'intestin et de l'appendice vermiforme, le péritoine est lavé dans son ensemble avec une solution forte d'acide phénique, et l'on retire avec l'éponge, de la cavité pelvienne, une notable quantité de liquide louche, presque purulent. Guérison. H. R.

XI. — L'auteur a réuni 51 observations dans lesquelles des calculs biliaires, arrêtés dans l'intestin grêle, avaient déterminé des accidents d'étranglement. Sur ces 51 cas, le sexe était indiqué 44 fois : 11 fois l'occlusion avait été notée chez des hommes et 33 fois chez des femmes. 38 cas se terminèrent par la mort et 13 par la guérison. Dans la grande majorité des cas, le calcul était passé dans l'intestin à travers une perforation intéressant la vésicule et le duodénum. Le siège de l'occlusion put être relevé 33 fois; 21 fois il occupait l'iléon et 12 fois le jejunum. Dans les antécédents de la plupart de ces malades, il est rare de relever des accès francs de colique hépatique. Le traitement n'a pas donné jusqu'ici de très grands résultats. La laparotomie a été faite dans 4 cas; dans un d'entre eux on n'a pas trouvé la pierre. Dans les trois autres on l'a extraite, sans difficulté, par une incision sur la paroi intestinale. Tous les malades opérés sont morts. C. GIRAUDEAU.

XII. — Svensson, ayant opéré de hernie étranglée un homme de 32 ans, vit survenir quinze jours plus tard des symptômes d'iléus, alors que rien ne pouvait expliquer cet obstacle au cours des matières, la réduction s'étant opérée suivant les règles.

La laparotomie fut pratiquée et l'intestin vidé par une incision portant sur l'iléon. On constata que l'obstacle provenait de l'adhérence d'une anse intestinale dans la cavité pelvienne. Celle-ci dégagée, on fixa l'iléon à la peau, on ouvrit un anus artificiel, et, six semaines après, on réséqua un fragment d'intestin de 20 centimètres de longueur. Le malade guérit complètement.

L'auteur insiste sur : 1° la fréquence de l'occlusion intestinale après la réduction de la hernie étranglée, en apparence récidivée au premier abord; 2° l'utilité qu'il y a dans le cas de laparotomie à ouvrir l'intestin, afin de préparer une voie à l'examen des viscères abdominaux.

C. GIRAUDEAU.

XIII. — Quand il s'agit d'enlever un cancer rectal difficilement accessible, outre la résection du coccyx préconisée par Kocher, Kraske détache encore avec le ciseau un segment de la moitié gauche du sacrum. D'après lui, la section des ligaments tubéroso-sacré et spinoso-sacré n'a aucune importance, non plus qu'une blessure des 5e et 4e paires des nerfs sacrés. En revanche, il faut ménager la 3e paire, d'où vient le nerf honteux.

Digitized by Google

Par son procédé, Kraske prétend faire l'ablation de cancers siégeant à la limite du rectum et de l'S iliaque.

Il l'a appliqué dans 2 cas; mais, au bout de 5 semaines, l'un des opérés avait déjà une récidive. J. B.

XIV. — Il s'agit de ces cancers, dont parle Volkmann, qui sont situés trop haut pour l'extirpation par l'anus, trop bas pour la laparotomie. Le procédé de Kraske (voir ci-dessus) permet de les extirper facilement. Dans son cas, Rinne s'est un peu écarté de la pratique de Kraske, en ce qu'il a laissé intacts les dix centimètres inférieurs du rectum. Dix-sept centimètres ont été enlevés, et l'extrémité inférieure du bout supérieur a été amenée au contact du bout inférieur. La cavité de Douglas s'est ainsi trouvée hermétiquement close sans qu'il fût besoin de suturer le péritoine. Les deux bouts de l'intestin ont été suturés, mais seulement dans leur moitié antérieure; la moitié postérieure a été laissée ouverte. Le malade a succombé le quatrième jour en présentant des accidents un peu singuliers, que l'auteur attribue par exclusion à l'empoisonnement par l'iodoforme. Il n'y avait pas de péritonite.

Rinne s'est assuré, par de nombreuses recherches cadavériques, que le bout supérieur du rectum abaissé suffit toujours à obturer la cavité de Douglas. Il pense qu'il faut toujours suturer le bout supérieur au bout inférieur pour éviter sa rétraction; mais il pense aussi qu'il ne faut faire qu'une suture partielle, et laisser un orifice qui permette l'issue des matières fécales et empêche la distension du rectum. P. DELBET.

XV. — Dans un cas de cancer du rectum, siégeant à la partie supérieure, Sonnenburg fit la laparotomie sur la ligne médiane dans l'intention d'extraire l'intestin malade et de l'extirper. Il dut renoncer à l'extirpation, d'une part, à cause de la résistance des adhérences au sacrum; d'autre part, à cause de l'envahissement de nombreux ganglions qui ne laissait aucun espoir de guérison.

Il se contenta donc d'ajouter une incision transversale à l'incision longitudinale des parois abdominales et fit la colotomie. Mais au lieu de se borner simplement à suturer l'intestin dans la plaie, il l'ouvrit d'abord en travers, puis le fixa dans l'incision horizontale, de sorte que l'anus artificiel se trouve assez voisin de la ligne médiane.

Cette section transversale de l'intestin, qui est pratiquée par plusieurs chirurgiens, offre les avantages suivants :

1° On supprime l'irritation des portions malades, car les matières fécales n'ont plus à franchir le rétrécissement;

2° L'évacuation des matières a lieu à de plus longs intervalles, parce que les fibres musculaires sectionnées de l'intestin forment une espèce de sphincter que le doigt, introduit dans l'anus artificiel, sent très bien.

L'opéré de Sonnenburg a régulièrement une selle chaque jour, le matin, et pas d'autres dans la journée, de sorte que son appareil reste propre. Il ne souffre plus du tout. J. B.

I. — **Die Voroperationen zur Extraktion der Blasensteine (Des opérations pour l'extraction des calculs vésicaux** (15e *Congrès de chir. allemands, Cent. f. Chir.*, n° 24, 1886).

II. — **Penetrating wound of the rectum and bladder... (Plaie pénétrante du rectum et de la vessie, fistule avec calcul, opération), par BRIDDON** (*New York med. journ.*, 16 *janvier* 1886).

Digitized by Google

III. — One hundred and eleven cases (111 cas) of litholapaxy, par FREYER (*The Lancet*, 28 *février* 1885).

IV. — Litholapaxie mit Cocaïn-anœsthesirung..., par P. BRUNS (*Berl. klin. Woch.*, 25 *mai* 1885).

V. — De l'utilité de la cocaïne dans l'opération de la lithotritie, par DUBUC (*Union méd.*, 17 *janvier* 1886).

VI. — Extraktion eines grossen Steines... (Extraction d'un gros calcul du bassinet par l'incision lombaire de Simon), par LAUENSTEIN (*Ibidem*).

VII. — Beitrag zur Nierenexstirpation... (Néphrectomie pour pyélo-néphrite calculeuse), par E. SONNENBURG (*Berl, klin. Woch. XXI, n° 47, p. 747*).

VIII. — A successful case of lumbar nephrectomy for renal calculus, par Henry MORRIS (*Med. chir. Transact. LXVIII, p. 68*).

IX. — Ueber Nierenexstirpation (De la néphrectomie), par von BERGMANN (*Berl. klin. Woch.*, 12 *janvier* 1885).

X. — 1° Nephrotomy on both sides; 2° Nephrectomy (1° Néphrotomie double, néphrectomie), par LANGE (*Med. News*, 16 *janvier* 1886).

I. — D'après Kœnig, deux raisons doivent déterminer le choix d'une opération : le danger pour la vie, la facilité d'exécution. De ces deux raisons, la première doit primer la seconde. Or, si l'on met de côté l'hémorragie également à craindre dans les deux cas, on constate que la taille médiane est à peu près inoffensive, tandis que la taille hypogastrique entraîne assez souvent la mort. Kœnig a pratiqué 50 boutonnières périnéales, 40 fois pour des rétrécissements de l'urètre sans un accident, 10 fois pour d'autres raisons; 3 malades sont morts, mais ils ont succombé à leur maladie, non à l'opération. La boutonnière périnéale est donc à peu près sans danger, et les altérations de l'urine ont peu d'influence sur son résultat.

Mais il ne faut pas confondre la boutonnière périnéale avec la taille médiane faite pour l'extraction des calculs. Kœnig a fait 38 extractions de calculs : 22 tailles périnéales, avec 7 morts; 5 tailles hypogastriques, avec 4 morts; 11 lithotrities sans accidents. 2 des cas de mort à la suite des tailles périnéales ont été causés par le chloroforme; il reste donc une mortalité de 25 0/0. Dans la plupart des cas, la mort a frappé d'anciens calculeux atteints de catarrhe vésical et de pyélonéphrite. La guérison s'accomplit en moyenne en quinze jours.

Les statistiques des autres chirurgiens sont également favorables aux tailles périnéales. Sur 147 tailles latérales, Verewkin n'a eu que 9 morts. Heusinger donne pour la taille latérale une mortalité de 6 à 9 0/0. Verewkin n'a eu qu'une mort sur 16 cas de taille médiane. Miner n'en a pas eu sur 10 cas.

La taille hypogastrique est plus dangereuse. Garzia signale une mortalité de 24.4 0/0. Tuffier donne 27 0/0. 34 0/0 des cas de mort d'après Tuffier sont amenés par les infiltrations d'urine. Sur 41 malades, Meyer en a vu 8 succomber à l'infiltration.

Kœnig considère la méthode de Trendelenburg comme la meilleure, mais elle n'est pas toujours applicable. La suture de la vessie est très

Digitized by Google

incertaine. Sur 41 cas rassemblés par Meyer, la suture a lâché 17 fois, et 8 malades ont succombé à des accidents septiques.

Lorsqu'il s'agit de calculs volumineux, la taille haute est à peine plus dangereuse que la taille périnéale.

En résumé, la taille périnéale est moins dangereuse, mais d'une exécution plus difficile. Elle est indiquée dans les cas de corps étrangers, ou de calculs de petites ou moyennes dimensions.

La taille haute convient aux corps étrangers de forme irrégulière et aux calculs volumineux. Le danger que présente cette opération n'est pas plus considérable que celui qui, dans les mêmes cas, serait déterminé par la nécessité de maltraiter la vessie et la plaie si on faisait la taille périnéale.

Roser montre que lorsqu'il y a un diverticule vésical ou une hypertrophie du lobe moyen de la prostate, la taille haute peut seule permettre d'extraire les calculs et de les extraire tous. Elle permet en même temps de réséquer le lobe prostatique et de délivrer le malade de deux maux d'un coup.

Roser attire l'attention sur l'importance qu'a l'alcalinité de l'urine, qui peut empêcher la cicatrisation de la plaie.

Ebermann pratique habituellement la taille latérale. La mortalité a été de 1/7, c'est-à-dire de 14.3 0/0. Quant aux divers accidents qu'on a signalés à la suite de la taille latérale, on a peu d'occasion de les voir en Russie, parce que les malades se perdent dans le vaste empire. Sur 154 cas de taille latérale, Ssinitzin a eu seulement une mortalité de 4.5 0/0. Six fois le rectum a été blessé. Il attache peu d'importance à cet accident, parce que les sphincters se cicatrisent en même temps que la plaie.

Dans les trois dernières années, Ebermann a commencé à pratiquer la taille médiane. Dans la plupart des cas il a obtenu la réunion par première intention. Une seule fois il a observé le troisième jour une légère hémorragie secondaire. Wwedensky, sur 237 cas, a trouvé une mortalité de seulement 6 0/0.

La taille haute porte en elle-même un certain nombre de dangers, particulièrement les infiltrations d'urine ou du pus dans le tissu cellulaire de la paroi abdominale. La suture de la vessie ne met pas à l'abri de ces accidents, car sur 53 cas où elle a été faite, la réunion n'a été obtenue que 18 fois. 9 malades sont morts, dont 4 à la suite d'infiltrations. Chez un homme de 72 ans, pour éviter l'infiltration, Ebermann a suturé la vessie avec la paroi abdominale. Pawlow et Socin ont employé le même procédé.

Ebermann défend la lithotritie. Elle devrait être la seule opération si les malades étaient envoyés assez tôt aux chirurgiens. La mortalité est moindre à la suite de la lithotritie qu'à la suite de n'importe quelle méthode de taille. Si toutefois on excepte la statistique de Ssinitzin, Thompson a eu une mortalité de 1 : 13 ; Keith, une mortalité de 1 : 16,5 ; Ebermann, de 1 : 12.

En résumé : 1° de toutes les opérations sanglantes pratiquées pour l'extraction des calculs, la meilleure est la taille médiane. Le brisement de la pierre favorise son extraction ;

2° Lorsque les calculs sont très volumineux, il faut avoir recours à la taille hypogastrique. Celle-ci est en outre indiquée dans les tumeurs,

Digitized by Google

dans les cas de calculs qui s'accompagnent de paralysie de la vessie ou d'hypertrophie de la prostate. Elle l'est encore lorsque le calcul est situé dans un diverticule ;

3° Les tailles latérales et rectales peuvent être exclues de la chirurgie;

5° La lithotritie est une excellente opération, mais elle demande beaucoup d'exercice de la part de l'opérateur. Elle est contre-indiquée dans les cas de paralysie de la vessie, de rétrécissements serrés, de diverticules.

Von Bergmann défend la taille haute. Il pense que les phlegmons du bassin peuvent être évités par la suture de la vessie. La litholapaxie et les tailles périnéales avec broiement exposent à laisser des fragments qui favorisent la récidive. Par la taille haute, toutes les pierres peuvent être enlevées et peuvent l'être complètement.

Trendelenburg est aussi partisan de la taille haute. Sa méthode lui parait aussi sûre que la suture vésicale. Il n'emploie pas le ballon rectal, et n'a jamais blessé le péritoine.

Schede préfère la taille médiane. Il suture la muqueuse urétrale à la peau, et dilate la portion prostatique avec les bougies qu'Hegar a fait faire pour dilater le col utérin. Il laisse dans la vessie un fort drain en T pendant quelques jours. Il n'a pas observé d'incontinence persistante à la suite de l'opération.

Schönborn considère la litholapaxie comme la vraie méthode pour les petits calculs. Les récidives sont faciles à éviter lorsqu'on emploie les appareils d'évacuation perfectionnés, et qu'on a soin d'explorer la vessie quelques jours après l'opération. Ensuite, 3 ou 4 fois par an, il fait des lavages avec les appareils évacuateurs, pour entraîner les petits calculs qui pourraient être venus des reins.

Sonnenburg est devenu partisan convaincu de la taille haute. Il estime que les dangers qu'elle présente encore pourront être diminués par le perfectionnement de la technique opératoire. Un de ses plus grands inconvénients est la formation de fistules qui résistent à tous les traitements. Sonnenburg attire l'attention sur ce fait que parfois le péritoine est adhérent derrière la symphyse. Dans ce cas, il est fatalement ouvert au cours de l'opération.

Israël a rencontré ces adhérences du péritoine avec la symphyse, et il a constaté sur le cadavre que le ballonnement du rectum est souvent insuffisant pour relever le cul-de-sac péritonéal.

Gussenbauer rapporte un cas de fistule consécutive à la taille haute. La vessie suturée s'était réunie par première intention; les fils furent enlevés au bout de deux semaines, ils étaient très incrustés et la fistule se forma sans doute par l'un de leurs orifices.

Küster fait remarquer combien l'hypertrophie de la prostate est gênante dans les tailles périnéales. Dans 3 cas, il a dû, après avoir commencé une taille périnéale, terminer par la taille haute.

Petersen attire l'attention sur quelques inconvénients de son ballonnement du rectum. Il peut survenir de l'atonie rectale et de la coprostase si on remplit trop le ballon. PIERRE DELBET.

II. — V. T..., 22 ans. Il y a 2 ans, chute sur un piquet de 1 pouce de diamètre et long de 6 : le piquet pénètre tout entier en arrière de l'anus. Le

Digitized by Google

malade se relève de lui-même et voit un peu d'urine s'écouler par la plaie, mais très peu de sang : il rentre chez lui sans trop de douleurs ; durant la nuit, des gaz et des matières fécales passent par l'urètre : la blessure extérieure guérit en 5 semaines, mais l'urine continue à s'écouler à la fois par le rectum et l'urètre.

Depuis 7 mois, le malade souffre du périnée, la miction est parfois brusquement interrompue, la marche est pénible, il y a de la fièvre le soir. On constate une pierre très volumineuse, une fistule recto-vésicale à gauche de la ligne médiane, à 2 pouces au-dessus de la marge de l'anus. On incise la paroi postérieure du rectum sur la ligne médiane jusqu'au coccyx. L'index pénètre dans la fistule et trouve une ouverture ovale (dans la paroi du rectum), un canal oblique et court, d'un demi-pouce de long, un second orifice circulaire (dans la paroi de la vessie), et vient enfin en contact avec la pierre : par la taille médiane périnéale on enlève un calcul pesant 18 grammes ; la fistule avivée est suturée par 10 points de catgut, l'incision rectale postérieure est également suturée; 14 jours après, les tubes à drainage furent enlevés : pas d'écoulement d'urine par le rectum ; la fistule était entièrement oblitérée.

MAUBRAC.

III. — Depuis la vulgarisation de la méthode de Bigelow, Freyer a pratiqué cent onze fois la litholapaxie sur des indigènes de l'Inde. Parmi ces 111 cas il a eu 107 guérisons et 4 morts, dont 1 par cystite purulente, 1 par pyohémie, 1 par péritonite et 1 par épuisement nerveux. Sur les 107 guérisons il n'y a eu que 2 récidives. Les malades n'ont pas été opérés indistinctement, et la série forme le résultat d'un choix sur les 203 cas de pierre vésicale qui se sont présentés à l'auteur pendant le même temps. Parmi ces 203 cas, il y en avait 4 de calcul enchâssé dans l'urètre, lesquels ont tous été opérés avec succès par l'urétrotomie. Dans 75 autres cas il s'agissait de calculs vésicaux chez des enfants mâles ou chez des adolescents de moins de 16 ans ; tous ces malades ont été opérés par la taille latéralisée et tous ont guéri. Sur les 124 cas restants, chez lesquels la litholapaxie semblait indiquée, 13 fois elle ne put être faite, soit en raison d'un rétrécissement urétral empêchant le passage des instruments (5 fois), soit à cause d'une hypertrophie excessive de la prostrate (1 fois), soit en raison de la dimension du calcul ou de son excessive dureté (7 fois). Sur ces 13 cas, la lithotomie latérale a été pratiquée 12 fois, avec 10 guérisons et 2 morts. Le dernier, un calcul très dur pesant 360 grammes, a été opéré par la taille hypogastrique ; le malade a succombé au bout de six heures. H. BARTH.

IV. — Chez un jeune homme de 21 ans, avant de lui broyer un calcul d'oxalate très dur, Bruns injecta 40 grammes d'une solution aqueuse à 2 0/0 de cocaïne dans la vessie et 10 grammes dans l'urètre. Puis la vessie fut remplie de 150 grammes de solution désinfectante et le lithotriteur fut introduit.

Le calcul et ses fragments durent être saisis et broyés 33 fois, ce qui réclama 22 minutes.

Pendant tout ce temps, toutes ces manipulations furent absolument indolores.

J. B.

V. — Chez un malade de 75 ans, ayant déjà subi depuis mai 1882 jusqu'en septembre 1883 7 séances de lithotritie avec ou sans chloroforme, Dubuc pratiqua, 4 jours après la dernière séance qui avait été douloureuse une injection vésicale d'une solution de cocaïne à 2 1/2 0/0 ; le lithotriteur put pénétrer dans la vessie, sans déterminer de douleur ni de contractions du réservoir. 6 jours après, une nouvelle lithotritie fut pratiquée, également pré-

Digitized by Google

cédée d'une injection de cocaïne, et avec égale indolence de la part de la vessie. H. L.

VI. — Comme Czerny, Lauenstein a opéré un malade malgré l'absence de tumeur et la perméabilité persistante de l'uretère. Il a fixé le rein en le traversant avec une anse de soie.

C'est le procédé qu'a recommandé Czerny : il est sans danger. Il est préférable de laisser le bassinet ouvert tant qu'il reste quelque parcelle de muqueuse sphacélée à éliminer. Il n'y a aucun danger de voir persister la fistule. Elle se ferme dès qu'il n'y a plus rien pour l'entretenir.

P. DELBET.

VII. — Chez une femme de 52 ans, atteinte d'abcès rénal, Sonnesburg pratiqua la laparotomie dans l'intention d'évacuer le pus et de suturer l'incision, ou, à défaut, d'établir une fistule du bassinet. Mais en voulant attirer la tumeur au dehors, les parois s'en rompirent et un liquide sanieux s'écoula. Il fallut en venir à la néphrectomie, qui fut très laborieuse, vu la friabilité du tissu rénal. Le rein extirpé avait le volume d'une tête d'enfant et était creusé de nombreux kystes ; c'est à peine s'il subsistait quelques vestiges du parenchyme sain. Ce rein renfermait un calcul gros comme une noix et le bassinet un autre calcul du volume d'un œuf.

L'opérée se remit du collapsus immédiat. Le soir même et le lendemain, la vessie ne renfermait que du pus ; dès lors elle reste complètement vide.

Quarante-huit heures après l'opération, convulsions, vomissements, collapsus et mort.

L'autopsie ne révèle aucune trace de péritonite ; la vessie était contractée et vide.

Le rein gauche n'offrait pas de lésions assez intenses pour expliquer l'anurie qui suivit immédiatement l'opération. J. B.

VIII. — Homme de 35 ans, souffrant de coliques néphrétiques, urines sanglantes, rejet de plusieurs petits calculs.

Incision lombaire droite. L'exploration du rein montre un organe dur et résistant, mais ni la pression digitale, ni l'acupuncture, n'indiquent la présence d'un calcul. L'auteur se décide à l'ablation totale de la glande ; à ce moment s'échappe un gros calcul qui était enclavé dans le bassinet, à l'origine de l'uretère. Malgré une hémorragie assez notable, les suites de l'opération furent très régulières.

Pendant six mois, le malade garda une fistule qui donnait un peu de sérosité et qui finit par se tarir.

L'auteur indique par un tableau très intéresssant la quantité d'urine émise quotidiennement par l'opéré à partir du jour de l'opération. L'urine, réduite le premier jour à 11 onces, atteignait dès le lendemain 28 onces. L'urée, d'abord en quantité minime, atteignit vers le quinzième jour 10 à 15 grammes, le trentième jour elle était de 15 grammes environ, et la quantité totale de l'urine atteignait le taux physiologique. H. R.

IX. — En comparant les résultats d'extirpation du rein d'une part pour les tumeurs malignes et d'autre part pour pyélonéphrite, on est tout de suite frappé de la léthalité beaucoup plus grande de la première catégorie d'opérations : sur 24 opérés, 20 ont succombé, la plupart peu de temps après l'opération. Cela tient à ce que la laparatomie étant toujours nécessaire, on peut léser de nombreux vaisseaux mésocoliques, d'où gangrène de l'intestin, et en outre à ce qu'il reste en arrière du péritoine une grande cavité communiquant avec la cavité péritonéale.

Les circonstances sont bien plus favorables quand pour la pyélonéphrite on fait l'extirpation par incision lombaire : sur 40 opérations de ce genre

Digitized by Google

on compte 20 guérisons. Von Bergmann recommande de toujours enlever le rein en totalité et ne pas se borner à ouvrir les abcès rénaux les uns après les autres. L'extirpation n'est guère plus difficile et elle amène toujours une guérison complète plus rapidement que la seule incision.

Dans le cours de l'année, von Bergmann a pratiqué avec succès 4 extirpations du rein. J. B.

X. — Obs. 1. — Homme de 30 ans, souffrant, depuis l'âge de 12 ans, de troubles urinaires ; cystite, urines purulentes. Pas de calcul vésical. Tumeur du rein gauche. On pratique le 2 octobre la néphrotomie du côté *gauche ;* incision lombaire longitudinale. Pyonéphrose avec nombreux calculs. Guérison rapide ; cependant l'urine contient toujours du pus.

Le 25 novembre le malade se plaint à nouveau de douleurs vives ; survient de l'anurie. La douleur siège surtout du côté du rein *droit*. Exploration de la fistule du côté *gauche ;* on trouve des calculs que l'on extrait ; les accidents persistant, néphrotomie à *droite* par incision lombaire. Abcès périrénal. Obstruction de l'uretère par de petits graviers et un gros caillot de sang. L'opérateur finit par passer une bougie et à désobstruer le conduit. Le passage de l'urine se fait dès le premier jour par la vessie, avec un peu de sang. Guérison.

Obs. 2. — Néphrectomie pour une pyonéphrose chez une femme de 86 ans. Amélioration des symptômes douloureux. A. G.

I. — **Impermeable urethral stricture treated by electrolysis, par BELFIELD** (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 24 *avril* 1886).

II. — **Ueber Plastik der Urethra nach Peniafractur und Gangrän, par J. A. ROSENBERGER** (*Arch. f. klin. Chir., Band XXXI, Heft* 4, *p.* 884).

III. — **Du cathétérisme rétrograde, par CAUCHOIS et DOUART, rapport de Ch. MONOD** (*Bull. Soc. de Chir. XII, n°* 4).

IV. — **Étude sur les fistules de l'uretère, par BIAR** (*Thèse de Bordeaux*, 1885).

V. — **Des lésions rénales consécutives à la lithiase urinaire, par P. JARDET** (*Thèse de Paris*, 1885).

VI. — **Cystite bactérienne consécutive à des injections d'infusions végétales, par PALIARD** (*Lyon méd.*, 14 *février* 1886).

VII. — **Traitement des abcès prostatiques et périprostatiques par l'incision périnéale, par A. GUILAIN** (*Thèse de Paris*, 1885).

VIII. — **Prostatectomy for complete obstruction to micturition, par Swinford EDWARDS** (*The Lancet*, 11 *juillet* 1885).

IX. — **Ueber Tuberculose des männlichen Genital-apparats (Tuberculose des organes génitaux), par M. SIMMONDS** (*Deut. Arch. f. klin. Med. XXXVIII, Heft* 6).

X. — **Ueber das Cavum Retzii... (Sur la cavité de Retzius et les abcès prévésicaux), par J. FREIDREICH LEUSSER** (*Arch. f. klin. Chir., Band XXXI, p.* 851).

I. — L'auteur emploie l'électrolyse presque exclusivement, excepté pour les rétrécissements situés à 1 pouce en arrière du méat, et pour ceux qui sont assez larges, situés dans la portion pénienne, qu'il divise avec l'urétrotomie. Les avantages de ce procédé seraient les suivants : il est applicable aux rétrécissements, quel que soit leur siège : qu'il soit unique ou qu'il y en ait une série, qu'il soit rigide et cartilagineux, long, tortueux, serré, même imperméable, le rétrécissement est rapidement et

Digitized by Google

sûrement perforé; l'électrolyse est indolore, et n'expose ni à l'hémorragie, ni aux frissons, ni à la fièvre; elle est toujours sans danger.

Non seulement préférable à l'urétrotomie et à la dilatation, ce procédé serait seul applicable dans le cas de rétrécissement infranchissable avec rétention complète ou sans rétention, ainsi que dans les rétrécissements étroits et rigides, perméables ou non, avec fistules du périnée ou du scrotum.

Enfin, les bons effets du traitement persisteraient longtemps.

Le pôle négatif est placé dans le canal de l'urètre, le positif sur le pénis ou près de lui, selon l'effet désiré : le courant employé est très faible, ce qui permet l'électrolyse sans cautérisation du canal, accident qui est la principale cause de défaveur de ce procédé. MAUBRAC.

II.— L'auteur publie l'observation d'un malade qui, à la suite d'un coup violent reçu sur la verge pendant l'érection, eut une infiltration d'urine. La gangrène laissa après elle une perte de substance étendue. L'urètre était latéralement ouvert sur sa paroi inférieure et les deux testicules étaient à nu. Rosenberger parvint, au moyen de trois opérations plastiques, dont on ne peut suivre les détails que sur la figure annexée à son travail, à refaire le scrotum et la paroi inférieure de l'urètre. Toutefois il resta une fistule dans laquelle Rosenberger trouva trois mois après l'opération vingt poils agglutinés en un paquet. PIERRE DELBET.

III. — Le malade de Cauchois est un homme de 26 ans; entré à l'hôpital quatorze mois après une rupture de l'urètre avec un rétrécissement infranchissable. Une première urétrotomie externe avait échoué, le bout postérieur restant introuvable. Dans une seconde, faite le 5 février 1885, Cauchois recommença cette opération, combinée au cathétérisme rétrograde, et put placer une sonde à demeure, qui fut maintenue trois mois. Elle ne fut changée que deux fois pendant ce temps. Le malade quitta l'hôpital au bout de quatre mois, dilaté jusqu'au n° 24 de la filière Charrière.

Dans le cas de Douart :

Il s'agissait d'un garçon de 8 ans, tombé d'un arbre, à cheval sur un échalas dont l'extrémité avait pénétré dans le pli inguino-scrotal droit. Rétention d'urine complète. Cathétérisme impossible. Ponctions capillaires de la vessie pendant cinq jours. La rupture de l'urètre, dont on doutait à cause de l'absence des signes classiques, fut rendue évidente par la sortie d'une bougie par la plaie inguinale pendant une tentative de cathétérisme.

Douart incise alors le périnée et va à la recherche de l'urètre, mais sans pouvoir trouver le bout postérieur. Il se décide séance tenante à ouvrir la vessie au-dessus du pubis pour faire le cathétérisme rétrograde, avec un Béniqué. Sonde à demeure pendant douze jours, qui ne peut être remplacée. Cicatrisation rapide des plaies périnéale et hypogastrique. Guérison en apparence complète dix-neuf jours après l'opération, vingt-quatre jours après l'accident. Mais un rétrécissement étroit se constitue, l'indocilité du petit malade rendant impossible toute dilatation. Douart pense faire l'urétrotomie interne.

Monod remarque la rapidité exceptionnelle de la guérison, qui se fait habituellement attendre deux ou trois mois. Le cathétérisme rétrograde paraît donc avoir hâté la réparation.

Les observations de cathétérisme rétrograde pratiquées pour une rupture récente de l'urètre sont exceptionnelles. Sans parler d'un cas de Piedvache, trop brièvement rapporté dans les bulletins, Monod n'a trouvé que deux observations semblables, l'une de Volkmann et l'autre de Péan.

Digitized by Google

Après avoir présenté l'historique détaillé du cathétérisme rétrograde, Monod étudie les indications de cette opération.

C'est surtout dans les rétrécissements dits infranchissables de l'urètre que l'on aura l'occasion de la mettre en œuvre, sans que ce moyen doive jamais être en pareil cas employé d'emblée. Ce ne peut être, dans ces conditions, qu'une opération complémentaire faite au cours d'une urétrotomie externe et pour en faciliter l'exécution. Elle est plus facile, moins dangereuse et plus avantageuse que le cathétérisme forcé, l'excision du rétrécissement ou la création d'un canal latéral que l'on a proposé dans les mêmes conditions. Il ne faut cependant pas se hâter d'avoir recours à cette ressource extrême dans les cas d'infiltration aiguë par rupture pathologique de l'urètre; il faut attendre, pour intervenir, que l'engorgement des tissus ait disparu.

Le cathétérisme rétrograde est encore indiqué dans certaines ruptures traumatiques récentes de l'urètre. Il ne s'agit ici que des cas très graves, bien entendu. Si alors le bout postérieur reste introuvable après une large incision périnéale et malgré des recherches répétées, le cathétérisme rétrograde est indiqué. On peut même être amené à le pratiquer d'emblée dans des conditions particulièrement défavorables, en cas de rupture, très voisine de la vessie par exemple, comme dans le cas de Volkmann.

Enfin, dans des cas tout à fait exceptionnels, l'existence d'une fausse route ou une rétention d'origine prostatique peuvent indiquer l'emploi du cathétérisme rétrograde. M. HACHE.

IV. — Biar a groupé en tableau, avec indications bibliographiques, 39 cas de fistules de l'urètre, dont les causes variables ont été : 20 fois l'accouchement, 3 fois des coups de couteau, 13 fois un accident opératoire durant une ovariotomie (3 cas), ponction d'hydronéphrose (2 cas), opération de fistule vésico-vaginale (2 cas), hystérectomie abdominale (2 cas), ou vaginale (2 cas).

Les signes de la fistule sont : l'incontinence d'urine, la persistance des mictions, la diminution fréquente de l'urée dans une urine claire et limpide; l'exploration directe de la fistule, les injections de lait dans la vessie, complètent le diagnostic.

Lorsque les bouts de l'uretère ne sont pas accessibles (f. uretéro-abdominales et utérines), il y a indication de pratiquer la néphréctomie. S'il existe dans le voisinage de la vessie une cavité intermédiaire, on peut établir une communication entre elles. Dans le cas de fistule uretéro-utérine, on est autorisé à créer une fistule vésico-vaginale artificielle, et à pratiquer au-dessous le cloisonnement du vagin. Si les bouts sont accessibles, le supérieur au moins, on doit essayer de rétablir le cours des urines en créant un uretère artificiel.

Le procédé employé dans le cas de Lanelongue cité en détail dans ce travail pour la création d'un uretère artificiel a été : introduire une sonde dans l'uretère par la fistule; introduire par l'urètre un trocart courbe, la pointe appuyée sur la paroi postérieure de la vessie, vis-à-vis de la fistule, au-dessus de la voûte du vagin; en ce point, perforer la vessie; amener dans la vessie la sonde qui est dans l'uretère; aviver les bords de la fistule et les suturer. Si malgré tout la fistule persiste, on aura recours à la néphrectomie. MAUBRAC.

Digitized by Google

V. — La présence des calculs dans le rein peut provoquer la suppuration ou l'atrophie de l'organe, cette dernière survenant soit à la suite d'une hydronéphrose, soit sans hydropisie du bassinet.

Dans les deux cas, les pyramides de Malpighi sont détruites les premières, tandis que les colonnes de Bertin conservent leur forme. Si, en même temps que l'atrophie du rein, il y a hypertrophie de l'enveloppe adipeuse et de la graisse qui double le bassinet, il se forme un véritable lipome rénal.

Au microscope, on trouve toujours de la néphrite diffuse : les lésions débutent par les épithéliums et gagnent rapidement les vaisseaux. Ceux-ci présentent presque toujours un épaississement pathologique de leurs parois : autour d'eux, on voit à une première période des amas de globules blancs, puis, plus tard, ils sont entourés d'une gaîne de tissu conjonctif, au milieu de laquelle apparaissent des faisceaux épais de fibres musculaires.

Ces faisceaux musculaires, qui n'existent pas à l'état normal, acquièrent parfois un volume considérable et forment autour des vaisseaux de la base de la pyramide des masses isolées les unes des autres par du tissu conjonctif. Ils se retrouvent dans les parties les plus amincies des reins atteints d'hydronéphrose.

Quand il y a suppuration, il se produit soit par places, soit en bloc, une dégénérescence de tous les éléments de la pyramide. R. JAMIN.

VI. — On peut trouver, chez des malades atteints actuellement ou antérieurement de blennorragie, des cystites bactériennes liées à la présence d'organismes autres que le gonococcus.

Cette cystite bactérienne ne peut être diagnostiquée que par l'examen microscopique des urines.

Les injections en sont la cause la plus générale, probablement la seule dans les cas où il n'y a pas eu de cathétérisme.

Ces cystites, même quand elles surviennent sur des organismes sains et jeunes, ne paraissent pas guérir facilement, et peuvent se compliquer d'épididymite et de néphrite.

Ces résultats indiquent la nécessité de ne faire que des injections aseptiques. A. C.

VII. — L'auteur propose ce mode d'intervention, de préférence à l'incision rectale, dans les cas suivants :

1° Quand le pus fuse vers la région périnéale;

2° Quand l'abcès se dirige à la fois vers le périnée et le rectum;

3° Quand tout permet de diagnostiquer un foyer prostatique, sans que cependant on ait de collection pointant soit vers le rectum, soit vers le périnée; dans ce cas, il est préférable d'aller par cette dernière région à la recherche de l'abcès prostatique.

Il est indifférent de pratiquer l'incision verticale en suivant le raphé médian ou l'incision transversale droite ou courbe.

Pour les abcès froids (tuberculeux) de la prostate, l'indication est la même. R. JAMIN.

VIII. — Chez un homme de 53 ans, atteint de rétention d'urine par développement exagéré du lobe moyen de la prostate, l'auteur a pratiqué la prostatectomie, qui consiste à réséquer une portion de la prostate par le canal de l'urètre. On se sert pour cela du prostatome de Gouley, qui permet d'embro-

Digitized by Google

cher le tissu prostatique et de réséquer la portion exubérante sans crainte de léser aucun des organes environnants. Cette opération, qui ne nécessite aucune précaution consécutive, serait, d'après Edwards, à la fois plus sûre et moins dangereuse que l'excision de la prostate par voie périnéale conseillée par Thompson, ou la galvano-cautérisation pratiquée par Bottini (de Pavie).

H. B.

IX. — Il s'agit d'un travail d'ensemble très intéressant, présenté sous forme de communication à la réunion des médecins de Hambourg.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, il faut signaler la découverte des bacilles dans les nodules péricanaliculaires. On les trouve au centre hyalin de ces nodules, jamais dans les parties conjonctives périphériques. Dans l'épididyme, l'auteur a rencontré des conglomérats de canalicules blanchâtres, brillants, gorgés d'un liquide laiteux riche en bacilles. Dans les canaux déférents, c'est surtout entre les cellules épithéliales que les bacilles se rencontraient.

La partie la plus intéressante de ce travail est peut-être celle dans laquelle l'auteur examine, d'après les observations qui lui sont personnelles, les rapports de la tuberculose génitale et de la tuberculose urinaire.

On admet généralement que lorsque les deux épididymes sont atteints les vésicules séminales et la prostate sont également malades : sur 5 cas d'épididymite double, S... a trouvé 2 fois seulement la prostate malade, et, dans un cas, un des deux canaux déférents atteints. Il n'y a donc pas, par le fait de l'épididymite double, contre-indication nécessaire à l'opération.

Dans un travail récent, de Steinthal prétend que, le plus souvent, la lésion des organes génitaux est consécutive à la lésion des reins; S... pense que, le plus souvent, la tuberculose génito-urinaire commence par les organes génitaux.

Sur 14 cas de tuberculose génito-urinaire, il a trouvé en effet les reins malades 9 fois, la vessie 13 fois, la prostate 12 fois, l'épididyme 12 fois, et les vésicules séminales 13 fois. Il rapporte l'histoire intéressante d'un vieillard de 68 ans qui fut pris en 1865 d'épididymite droite, en 1870, d'épididymite droite; qui eut en 1882 les premiers symptômes d'une affection de la vessie.

En 1884, son autopsie montra une tuberculose des deux reins, en plus de sa tuberculose génitale.

S... insiste sur la fréquence relative de la méningite tuberculeuse dans la tuberculisation des organes génito-urinaires : il l'a trouvée 11 fois sur 35 autopsies, et il s'agissait d'adultes.

La tuberculose génito-urinaire survient à tout âge : sur 60 cas, il l'a trouvée 2 fois chez des enfants (1 an 1/2 et 7 ans); 15 fois de 30 à 40 ans; 15 fois de 40 à 50 ans; 16 fois de 50 à 60 ans; 6 fois de 60 à 70 ans; 5 fois de 70 à 80 ans, et une fois même au delà de 80 ans.

S... pense que la prédisposition héréditaire et la phtisie pulmonaire sont les circonstances prédisposantes les plus puissantes; la cause occasionnelle d'apparition de la tuberculose génitale lui paraît être les traumatismes du testicule et la gonorrée.

Au point de vue du traitement, il est partisan de la castration et non de l'évidement.

ALBERT MATHIEU.

Digitized by Google

X. — Après avoir passé en revue toutes les opinions qui ont été émises sur la cavité de Retzius, Leusser en donne une description étendue, de laquelle il résulte que le fascia transversa de Cooper sépare deux espaces remplis de tissu cellulaire, et par conséquent que la cavité de Retzius doit être divisée en deux cavités. L'une est située au-dessus, l'autre est située derrière la symphyse du pubis. La première est limitée en avant par la face postérieure des droits, en dehors au niveau du bord externe des muscles droits par l'incision du fascia transversalis de Cooper avec le fascia transversalis de Retzius. La seconde correspond à la cavité de Retzius. Elle est limitée en avant par le pubis et ses branches, et au-dessus par le fascia transversalis de Cooper, en arrière par la vessie revêtue du fascia transversalis proprement dit (de Retzius), en haut par l'union des deux fascia, latéralement par l'union du fascia transversalis (de Retzius) avec l'aponévrose des muscles oblique et transverse, en bas par la prostate et le col de la vessie.

L'auteur distingue donc comme Pauzat un espace sous-musculaire et un espace prévésical.

Les abcès qui se développent dans l'une ou l'autre de ces cavités sont ou idiopatiques ou symptomatiques.

Au point de vue anatomique, Leusser divise les abcès en *sous-musculaires* et *prévésicaux*. Le fascia transversalis (de Cooper) est une barrière suffisante pour empêcher le pus de fuser d'une cavité dans l'autre lorsqu'il se développe lentement. Dans les inflammations aiguës la perforation est plus à craindre.

Les abcès sous-musculaires sont la plupart du temps idiopathiques; les prévésicaux sont aussi souvent idiopathiques que symptomatiques.

La terminaison peut se faire soit par résorption, soit par suppuration. Les abcès sous-musculaires s'ouvrent le plus souvent à la paroi abdominale, soit au-dessus de la symphyse, soit au-dessous de l'ombilic. Ils peuvent s'ouvrir dans le péritoine. Les prévésicaux se font jour par des voies bien différentes (la vessie, l'urètre, le vagin, le rectum, la paroi abdominale). Ils peuvent s'ouvrir simultanément sur deux points.

Sur 46 cas, 11 se sont terminés par la mort (6 péritonites par perforation, 2 péritonites par propagation, 3 de causes éloignées).

Avant d'entreprendre un traitement, Leusser recommande de faire une ponction exploratrice. On fait l'incision sur la ligne blanche. Après l'évacuation, on place un tube entre les muscles et le fascia transversalis, on suture les muscles, puis la peau, en laissant ouverts les deux angles de la plaie, et on place un pansement antiseptique. P. DELBET.

I. — Die Volkmann'sche Radicaloperation der Hydrocele, par F. BRAMANN (*Berl. klin. Woch.*, 6 *avril* 1885).

II. — The radical cure of hydrocele by antiseptic incision, par William-T. BULL (*New York surg. Soc.*, 23 *février* 1886).

III. — Treatment by section of hydrocele by antiseptic method. par Edward BELLAMY (*The Lancet*, 4 *juillet* 1885).

IV. — Traitement de l'hydrocèle par l'injection phéniquée, par KEYES (*Med. Record N. York*, 28 *fév.* 1886).

V. — Recherches anatomiques sur les corps libres de la tunique vaginale, par U. VAUTHIER (*Rev. méd. Suisse romande IV, p.* 369).

Digitized by Google

VI. — Beiträge zur Kenntniss der freien Körper... (Des corps libres dans la cavité vaginale testiculaire), par HOCHENEGG (*Wiener med. Jahrb.*, *p.* 407, 1885).

VII.—One hundred cases of varicocele... (Cent cas de varicocèle traités par l'anse métallique), par BARWELL (*The Lancet*, 30 *mai* 1885).

I. — Pour remédier aux récidives qu'on observe quelquefois, von Bergmann a modifié quelque peu la méthode de Volkmann.

Une fois la vaginale ouverte, il isole son feuillet pariétal de la tunique commune et du cordon jusqu'au voisinage du testicule et de l'épididyme, puis extirpe la totalité de la tunique. Cet isolement ne présente jamais de difficultés.

Après l'application des ligatures nécessitées par l'hémorragie et la désinfection de la cavité opératoire avec une solution phéniquée à 3 0/0, l'incision cutanée est suturée, sauf à son angle inférieur qui donne passage à un drain. Par-dessus, on place un pansement de gaze au sublimé et d'ouate, et l'on exerce une énergique compression au moyen de bandes de gaze phéniquée.

Bramann donne le résumé de 20 cas d'hydrocèle traités de cette façon par von Bergmann. 6 fois l'évolution a été complètement apyrétique; 8 fois il y a eu un mouvement fébrile léger, un seul soir, le second généralement; les 6 autres opérés ont eu de la fièvre deux ou trois soirs, sans influence sur la plaie ni sur l'état général.

Dans 3 cas, il y a eu le premier jour une rétention d'urine disparue au bout de vingt-quatre heures.

On n'a jamais noté ni inflammation du scrotum, ni même gangrène de la peau.

Au bout de onze jours en moyenne, la guérison est parfaite, avec cicatrisation de la plaie achevée, et les opérés peuvent reprendre leur travail. (*R. S. M.*, XXI, 300; XXV, 305, *J. B.* et XXVII, 711.) J. B.

II. — Relation de 14 cas d'hydrocèle traités par l'incision antiseptique avec 2 morts: l'un de péritonite, suite d'opération simultanée de cure radicale de hernie, l'autre, d'empoisonnement par le bichlorure d'hydrargyre injecté dans la plaie.

Les 12 autres cas comprenaient 10 hydrocèles vaginales, 2 hydrocèles du cordon.

Chez 10, on a pratiqué l'opération de Volkmann. Chez 2, l'excision complète de la vaginale. Lavages au sublimé (1/5000); sutures au catgut. Drainage de caoutchouc ou d'os décalcifié. Gaze au sublimé ou à l'iodoforme. Le premier pansement a été laissé à demeure sept jours. Les malades ont pu quitter l'hôpital deux ou trois jours après.

On compte à ce jour, en ajoutant ces cas à la statistique du *Medical News*, 3 mai 1884, 363 cas avec 3 morts.

Sur un total de 523 cas opérés par l'injection iodée, on ne compte pas de morts, mais 44 récidives.

Sur 88 cas traités par l'injection d'acide phénique, pas de morts, 3 cas de suppuration, 1 récidive.

Sands croit l'injection iodée ou phéniquée préférable à l'incision; il a vu cependant 2 cas de suppuration après l'emploi de l'acide phénique.

Weir a pratiqué 27 fois l'opération de Volkmann; il l'a abandonnée

Digitized by Google

pour l'injection phéniquée qu'il a faite dans 60 cas, avec 1 seul cas de suppuration. Il injecte habituellement de 1 à 3 grammes d'acide phénique dans la poche. L'injection est indolore et n'est suivie que d'une très faible réaction. A. C.

III. — Bellamy a traité un nombre considérable de malades par l'incision antiseptique sans accident; il regarde ce procédé comme la méthode de choix pour le traitement de l'hydrocèle. On doit abandonner les vieux procédés de ponction. Il donne la description du procédé.

IV.—L'injection phéniquée pour la cure de l'hydrocèle a été employée dans 50 cas par Keyes sans aucun accident et avec des résultats très satisfaisants. A. C.

V. — Vauthier signale pour la première fois l'existence d'un endothélium à la surface des corps libres de la tunique vaginale. Pour déceler cette couche endothéliale continue, qui rappelle celle des séreuses, il suffit de les imprégner de nitrate d'argent, aussitôt après leur sortie de la tunique.

Au point de vue de leur composition, on peut établir deux catégories parmi les corps libres de la vaginale. La première catégorie, la plus rare, comprend ceux composés uniquement de cellules, sans substance intercellulaire conjonctive fibrillaire. Ces corps sont généralement de petites dimensions, plus ou moins mous, et quelques-uns sont tellement légers qu'ils surnagent.

Luschka est le seul qui en fasse mention.

La seconde catégorie renferme les corps libres entourés d'une enveloppe de tissu conjonctif. Beaucoup plus communs que les précédents, ils sont généralement aussi plus volumineux et plus consistants. Leur couche corticale, au sujet de laquelle les opinions les plus diverses ont été émises, est formée uniquement de tissu conjonctif scléreux, ressemblant au tissu cicatriciel et présentant une structure concentrique. Entre les lacunes du tissu conjonctif se trouvent des cellules de formes diverses. Les couches qui environnent le centre sont plus compactes et moins riches en cellules, ce qui les a fait prendre à tort pour du cartilage.

Quant à la couche centrale, elle est tantôt caséeuse, tantôt calcaire, tantôt conjonctive.

Les corps libres à contenu caséeux, encore peu étudiés, n'atteignent jamais de grandes dimensions; ils sont mous, élastiques et habituellement sphériques.

Les corps libres à contenu calcaire ont une consistance dure et une forme irrégulière.

Tous les corps libres de la tunique vaginale se sont développés aux dépens de ses parois, par hypertrophie des villosités. Seuls quelques-uns des corps libres composés exclusivement de tissu conjonctif proviennent de l'hydatide de Morgagni.

On ne les rencontre jamais dans l'enfance, et, chez les jeunes gens, ils sont encore rares. J. B.

VI.—L'auteur a trouvé trois fois des corps libres dans les diverticules de la tunique vaginale. C'est bien là qu'ils se sont formés, car ils ne pourraient sortir de leurs cavités tant l'orifice en est étroit. Ils résultent du dépôt d'amas épithéliaux, de fibrine, de caillots sanguins dans les diverticules.

Digitized by Google

Cette constatation est importante au point de vue de l'étiologie très controversée des corps libres de la cavité vaginale. L. GALLIARD.

VII. — Barwell a traité avec succès 100 cas de varicocèle par la méthode aujourd'hui bien connue de l'anse métallique, qui consiste à entourer les veines dilatées d'un fil d'argent introduit sous la peau du scrotum à l'aide d'une aiguille courbe, et à serrer chaque jour le nœud de l'anse, qui fait ainsi l'office d'écraseur linéaire.

Sur les 100 malades ainsi traités, aucun n'a eu ni hémorragie, ni frisson, ni pyémie, ni érysipèle, ni aucun autre accident grave. Dans 16 cas, il y a eu un peu de suppuration, 15 fois par l'orifice de sortie des fils d'argent et 1 fois seulement sous la forme d'un petit abcès intra-scrotal. Dans 12 cas, il s'est produit un peu d'ulcération de la peau, dans le point comprimé par la plaque de gutta-percha maintenant à sa place l'anse métallique. Chez 1 seul malade, il y a eu une orchite légère, qui a guéri du reste au bout de cinq jours. Les 71 malades restants n'ont même pas éprouvé la moindre petite complication, mais seulement un peu de douleur au moment du serrage de l'anse métallique.

Au point de vue de l'état du testicule, les malades peuvent être divisés en cinq classes :

A. (1 cas.) Testicule réduit à l'état d'une petite masse molle.

B. (13 cas.) Testicule très petit encore et très mou.

C. (47 cas.) Testicule moins atrophié, mais encore au-dessous de la normale comme volume et comme consistance.

D. (32 cas.) Testicule un peu plus petit et moins ferme que son congénère.

E. (7 cas.) Testicule sain; varicocèle peu considérable, opérée dans le but de passer l'examen du service militaire.

Dans les quatre premières catégories, le testicule était plus ou moins douloureux, et dans 23 cas il était le siège d'une névralgie très intense.

Chez le premier malade (A.), les douleurs cessèrent, et le testicule devint un peu plus volumineux et plus ferme.

Chez ceux des trois catégories suivantes (B., C., D.), la glande reprit son volume et son aspect normal dans un délai variable de trois mois à deux ans, selon la gravité des cas.

Les malades de la cinquième classe (E.) ont tous passé l'examen militaire avec succès. H. BARTH.

Ueber abnorme Lagerung des Hodens.... (Sur les anomalies de situation du testicule en dehors de la cavité abdominale), par ENGLISCH (*Wiener Klinik, Heft* 11, *novembre* 1885).

Les anomalies de situation du testicule se divisent en trois catégories, suivant : 1° qu'elles sont congénitales (ectopie congénitale); 2° qu'elles résultent d'une influence mécanique exercée sur le testicule pendant ou après sa descente (ectopie traumatique); ou 3° qu'elles sont constituées par une torsion du testicule autour de son axe (inversion). Cette dernière, qui n'est généralement étudiée que sur le testicule au fond des bourses, peut compliquer toutes les ectopies.

Suivant le siège occupé par le testicule, les ectopies se divisent en : 1° ectopies intra-abdominales *a*) pararénale, *b*) iliaque; 2° ectopies inguinales *a*) interne, *b*) interstitielle, *c*) externe, et 3° ectopies extra-abdo-

Digitized by Google

minales *a*) scroto-fémorale, *b*) périnéale, *c*) crurale, *d*) para-inguinale. Enfin, dans un cas jusqu'ici unique, les deux testicules occupaient la moitié gauche du scrotum (ectopie transversale).

L'auteur ne s'occupe que des ectopies extra-abdominales et de l'inversion.

L'ectopie *scroto-fémorale* s'éloigne peu de l'état normal; elle est même contestée par quelques auteurs. Elle n'a d'intérêt que comme type de transition conduisant à l'ectopie périnéale.

L'auteur rapporte les observations d'*ectopie périnéale* qu'il a relevées dans la littérature médicale et y ajoute des faits personnels.

L'*ectopie crurale* est de beaucoup la plus rare. Elle peut se produire de deux façons suivant que le testicule est sorti de l'abdomen par le trajet inguinal ou par le canal crural. Dans le premier cas, l'ectopie crurale peut être la conséquence d'une évolution irrégulière ou d'un traumatisme. Dans le second, tantôt le testicule resté plus ou moins longtemps dans l'abdomen sort par le canal crural, tantôt après avoir occupé sa place normale, il est refoulé dans l'abdomen à travers le trajet inguinal par un traumatisme et ressort par le canal crural. Il existe deux exemples de cette dernière variété, dus à Scarpa et à Eckart.

Relativement à la pathogénie de ces ectopies, Englisch pense que l'ectopie périnéale a sa cause dans une descente tardive du testicule qui trouve alors l'entrée des bourses trop rétrécie; quelquefois elle est due à un développement imparfait d'un des côtés du scrotum. Certaines ectopies crurales sont explicables par la formation d'adhérences entre le testicule et un sac herniaire.

Le diagnostic de ces ectopies est quelquefois très difficile, surtout en cas d'inflammation propagée au tissu cellulaire voisin. Il faut toujours penser à la possibilité d'une semblable anomalie et chercher si les testicules sont bien à leur place.

Il ressort des observations réunies par l'auteur un fait un peu inattendu, c'est l'indolence absolue, l'absence de toute gêne fonctionnelle que l'on a constatée chez tous les malades atteints d'ectopie périnéale congénitale. Il n'a pas trouvé un seul exemple de tumeur développée dans le testicule ectopié (rappelons qu'il ne s'occupe pas de l'ectopie inguinale). Au contraire, l'ectopie crurale cause souvent de la gêne et des douleurs.

Quant au traitement il consiste pour l'ectopie scroto-fémorale à chercher à obtenir la descente complète si le côté correspondant des bourses est bien développé, sinon à protéger simplement le testicule. Pour l'ectopie périnéale, il n'y a généralement rien à faire, puisqu'il n'y a pas de symptômes. S'il y a des douleurs, dans les ectopies périnéales traumatiques, par exemple, on peut chercher à remettre le testicule dans les bourses, mais le résultat est rarement satisfaisant.

Pour l'ectopie crurale qui se fait après que le testicule a traversé le canal inguinal, les adhérences étaient trop intimes dans tous les cas observés pour permettre la réduction ou le port d'un bandage herniaire. Quand le testicule est sorti par le canal crural, on le maintient réduit avec un bandage herniaire quand c'est possible, sinon on se borne à le protéger.

Tout testicule en ectopie, trop douloureux ou trop gênant, doit être enlevé, mais on ne saurait appliquer ce précepte à tous les cas. MAURICE HACHE.

Digitized by Google

Considérations sur le traitement du varicocèle par la cautérisation, par PICQUÉ (*Rev. de chir.*, n° 4, 10 *avril* 1886).

L'auteur passe rapidement en revue les procédés employés par Guyon, Terrier, Nicaise, Horteloup et Henry (de New-York), en rappelant que l'application de certains d'entre eux est subordonnée à des cas exceptionnels. Tout en admettant que les procédés modernes doivent être préférés, il montre les dangers qui résulteraient de l'inobservation des moindres règles de l'antisepsie, ce qui, dans certaines conditions, doit engager à choisir la cautérisation, telle que la pratique Richet.

On sait que cette méthode, qui est efficace, rapide et bénigne dans ses résultats, consiste à isoler le canal déférent au moyen d'un fil de cuivre et à saisir entre les mors d'une pince à friser préalablement rougie, un pli du scrotum contenant le paquet veineux; il en résulte une plaie, dont la cicatrisation amène en même temps la rétraction des bourses.

OZENNE.

De la guérison des grands ulcères de jambe par les pulvérisations phéniquées, par GILLES DE LA TOURETTE (*Rev. de Chir.*, n° 7, 10 *juillet* 1886).

L'auteur publie trois observations de malades atteints de larges et anciens ulcères de jambe, et guéris par les pulvérisations phéniquées.

D'après lui, cette méthode des pulvérisations répétées tous les jours de une heure et demie à deux heures, matin et soir, conduit, mieux que toute autre méthode, à la guérison rapide des grands ulcères variqueux.

Dès les premiers jours du traitement, les douleurs dont l'ulcère était le siège disparaissent. Dans les trois cas observés il n'est jamais apparu d'érythème au pourtour de la plaie, de même que les malades n'ont jamais rendu d'urine noire, indiquant l'intoxication par l'acide phénique.

L'état de débilité ou de sénilité du patient ne contredit en aucune façon l'emploi de la méthode, qui, au contraire, par la stimulation locale qu'elle détermine, semble formellement indiquée dans ces cas particuliers.

On emploiera des solutions d'autant plus fortes que la plaie sera plus atonique; les solutions au 1/30, au 1/20, au 1/10 seront mises en usage, si nécessaire. On se trouvera bien, dans l'intervalle des vaporisations, du pansement avec la vaseline boriquée au 1/10.

Dans les ulcères à bords calleux et indurés ce traitement est moins curatif que dans les ulcères à bords plats; il soulage sans amener la cicatrisation.

OZENNE.

I. — Traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformé, par VERCHÈRE (*Rev. de chir.*, n° 6, 10 *juin* 1886).

II. — Sur deux cas d'abcès froids volumineux guéris par l'injection d'éther iodoformé, par KIRMISSON (*Gaz. hebd. de méd.*, 5 *mars* 1886).

III. — *Idem*, par QUÉNU (*Ibid.*, 26 *mars* 1886).

I. — L'auteur publie une vingtaine d'observations sur lesquelles il s'appuie pour préconiser le traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformé. Après avoir décrit le procédé opératoire, les effets de la substance injectée sur les tissus malades, les transformations que ces

Digitized by Google

derniers subissent, il insiste sur les avantages de ce traitement et termine en posant ces conclusions :

Toutes les collections tuberculeuses ou ganglionnaires idiopathiques, symptomatiques d'une lésion osseuse sont justiciables de la ponction suivie de l'injection d'éther iodoformé.

La guérison s'obtient parfois avec une seule injection ; mais le plus souvent, si la peau est normale, il faudra revenir plusieurs fois à la ponction et à l'injection. Celles-ci devront être faites tous les mois : six injections au plus nous ont été nécessaires pour parfaire la guérison d'abcès très volumineux. On ne doit pas injecter plus de 3 grammes d'iodoforme chaque fois. Si la peau s'ulcère à la suite de l'injection, la poche s'éliminera rapidement sous forme de bourbillon jannâtre et la guérison se fera sans autre accident.

Aucun accident n'est à craindre pour le malade ; aucune cicatrice ne résulte de la guérison de l'abcès ; enfin le traitement peut être suivi sans que le malade interrompe ses occupations. OZENNE.

II et III. — Relation de trois observations de volumineux abcès froids traités avec succès par les injections d'éther iodoformé, d'après le procédé de Verneuil.

Dans le 1er cas il s'agissait d'un énorme abcès occupant la totalité de la fosse iliaque, le triangle de Scarpa est la région fessière. Une seule injection, après ponction, de 50 grammes d'une solution à 8 0/0. Guérison trois mois après.

La 2e observation a trait à un tuberculeux de 50 ans, porteur d'un vaste abcès de la région supérieure de la cuisse. Trois injections à divers intervalles amenèrent la guérison complète.

Le 3e cas est celui d'un malade, âgé de 36 ans, porteur depuis trois ans d'un abcès froid occupant la fesse et envoyant les prolongements à la partie postérieure de la cuisse et dans le triangle de Scarpa. Le toucher rectal faisait reconnaître que la partie antérieure du sacrum était tuméfiée et douloureuse. Après une première ponction ayant donné issue à 2 litres de pus, mal lié, on injecte dans la poche 20 grammes d'une solution d'éther iodoformé au dixième.

Un mois après, nouvelle ponction et nouvelle injection. Après quatre ponctions le malade, se considérant comme guéri, demandait à quitter l'hôpital.

Revu 5 mois après, son état local était le suivant : la cuisse droite offrait son volume normal. La fesse n'était nullement tuméfiée. A la place qu'occupait l'abcès, il existait une sorte de plaque fibreuse qui paraissait s'enfoncer vers la grande échancrure sciatique. RICHARDIÈRE.

Coup de couteau ayant pénétré à travers l'échancrure sciatique jusqu'à l'utérus gravide et jusqu'au fœtus ; lésions du sciatique ; troubles trophiques, par GUELLIOT (de Reims) (*Bull. de la Soc. de Chir.*, *t. XII*, *p.* 337-342, 1886).

Une femme enceinte de 8 mois, 8 jours après avoir cessé de percevoir les mouvements du fœtus, reçoit un violent coup de couteau dans la fesse gauche. Écoulement d'une quantité de liquide sanguinolent évaluée par le mari à 2 litres 1/2 ; l'hémorragie s'arrête spontanément. Engourdissement dans tout le membre inférieur correspondant.

La femme accouche d'un enfant mort, 12 heures après l'accident. Cet enfant porte, au moment de l'accouchement, sur le pariétal gauche une incision nette intéressant les téguments et allant jusqu'à l'os qui est rayé. Il fallait donc supposer que le long couteau, dont la lame était souillée sur une longueur de 15 centimètres environ, avait intéressé l'utérus après avoir traversé l'é-

Digitized by Google

chancrure sciatique. Insensibilité de la plante et du bord externe du pied. Plus tard, œdème du pied et légers troubles trophiques. La plaie guérit sans aucun accident.

Guelliot a reproduit expérimentalement cette lésion et a blessé ainsi l'utérus au-dessous du péritoine; en même temps, il a sectionné l'artère ischiatique et le tiers du nerf sciatique. L'écoulement sanglant survenu au moment de l'accident devait être constitué en grande partie par du liquide amniotique. G. rapporte 4 cas de blessure du fœtus dans l'utérus. MAURICE HACHE.

I. — Zur Behandlung des Erysipels (Traitement de l'érysipèle, par G. RÜHNAST (*Centralblatt f. Chir. n° 9, p. 137, 1886*).

II. — Zur Behandlung des Erysipels (Traitement de l'érysipèle), par HABERKORN (*Ibid. n° 19, p. 321, 1886*).

I. — L'auteur propose d'appliquer au traitement de l'érysipèle la méthode des scarifications qui donne de si remarquables résultats dans les phlegmons diffus. On nettoie soigneusement les portions envahies et celles qui les avoisinent, puis avec un petit couteau pointu on fait, sur toute la région atteinte des scarifications ponctiformes, au nombre de 15 à 20 par pouce carré. Du côté de l'envahissement, on fait les scarifications plus nombreuses et on les continue jusqu'à deux centimètres sur la peau saine. Par les incisions, il s'écoule d'abord une sérosité rougeâtre, puis du sang pur. On lave ensuite avec une solution phéniquée à 5 0/0 et on panse avec une solution à 2 1/2 0/0. Le pansement doit être renouvelé deux fois par jour. Dans trois cas cette méthode a été employée avec succès. L'auteur reconnaît qu'elle est difficile à employer dans les érysipèles de la face. Dans certains cas, elle doit être modifiée. Si l'érysipèle est très étendu, il faut limiter les scarifications aux parties où se fait l'envahissement. Chez les enfants, les vieillards, les sujets affaiblis, il faut remplacer l'acide phénique par l'acide salicylique ou borique.

II. — L'auteur traite les érysipèles par le benzoate de soude. Il le donne à l'intérieur à la dose de 15 à 20 grains par jour. En 48 heures, la température est ramenée à la normale; il se manifeste un bien-être général et une disparition rapide des phénomènes locaux. Aucune application topique n'a été faite.

Le nombre des cas ainsi traités s'élève à cinquante. Il n'y a pas eu de mort. PIERRE DELBET.

Zur Ætiologie der Wundstarrkrampfes beim Menschen (Étiologie du tétanos chez l'homme), par ROSENBACH (15e *Congrès de chir. allem.; Cent. f. Chir., n° 24, 1886*).

Un malade, qui avait eu les pieds gelés, fut atteint du tétanos et succomba. Rosenbach recueillit les sécrétions du sillon de démarcation une heure après la mort et les inocula à des cochons d'Inde et à des rats. Ces animaux succombèrent à des accidents tétaniques. L'incubation a été au moins de 24 heures, le plus souvent de 36 et quelquefois de 48. Les contractions toniques ont toujours commencé à se montrer au voisinage du point où l'inoculation avait été faite.

Dans la matière qui a servi aux injections, Rosenbach a trouvé, à côté

Digitized by Google

d'autres microbes, un fin bacille sétiforme, semblable à celui que Nicolaief a décrit. Il n'a pu arriver à obtenir des cultures pures de ce bacille; mais il a pu l'avoir en culture double avec un autre bacille vulgaire dont l'inoculation n'amène jamais de symptômes tétaniques. Au reste, Flügge a pu obtenir des cultures pures du bacille de Nicolaief. Mais l'ensemencement de ces cultures présente des difficultés particulières, et Rosenbach se demande si la présence d'autres bacilles n'est pas nécessaire au développement de celui du tétanos. Pour ce qui est de la voie par laquelle le bacille se répand dans l'organisme, tout ce que l'on sait, c'est que Nicolaïef l'a trouvé une fois dans le sciatique, deux fois dans la moelle. Rosenbach pense que le microbe agit en sécrétant un poison analogue à la strychnine.

Kœnig considère comme identiques le tétanos de Rosenbach, celui de Nicolaïef et celui qu'on observe fréquemment chez les chevaux à la suite de la castration. Il fait remarquer que chez l'homme, le tétanos ne commence pas toujours par le trismus.

Zabludowsky rapporte un cas dans lequel les symptômes tétaniques ont disparu plusieurs fois à la suite du lavage de l'estomac.

PIERRE DELBET.

Uber die Enstehung der Tuberculose nach Hauttransplantationen (Développement de la tuberculose après des greffes cutanées), par CZERNY (15e *Congrès de chir., Allem. Cent. f. Chir.*, 1886, n° 24).

Czerny considère la méthode de Thiersch, qui consiste à prendre les lambeaux sur le malade lui-même, comme un grand progrès, parce qu'en employant la peau des membres amputés d'après la méthode de Reverdin on s'expose à inoculer la syphilis, la tuberculose ou d'autres maladies infectieuses. Czerny rapporte l'histoire de deux malades parfaitement sains, sans antécédents héréditaires ni personnels, chez qui des greffes cutanées furent faites à la suite de brûlures. Les lambeaux étaient pris sur des membres amputés pour des arthrites fongueuses. Les deux malades devinrent tuberculeux. — Il n'est pas démontré qu'il y ait eu là inoculation. Mais si cela était, il faudrait en conclure que le virus tuberculeux existe non seulement dans les points altérés, mais aussi dans les tissus en apparence sains. Pratiquement, il faudrait renoncer à utiliser la peau, même saine en apparence, pour les greffes.

PIERRE DELBET.

Mittheilung eines Falles von Inoculations-tuberculose nach Amputation des Unterarmes (Inoculation tuberculeuse consécutive à une amputation de l'avant-bras), par M. WAHL (15e *Congrès de chir. allem.; Cent. f. Chir.* n° 24, 1886).

Wahl a pratiqué l'amputation de l'avant-bras chez un enfant de 1 an, pour une gangrène consécutive à un traumatisme. L'enfant sortit de l'hôpital lorsqu'il n'avait plus qu'une petite surface granuleuse correspondant à la place du drain. Il fut confié aux soins d'une jeune fille atteinte d'un lupus du nez. Quelque temps après, l'enfant fut ramené. La plaie était devenue fongueuse, et il y avait des ganglions caséeux dans l'aisselle. Wahl pense que l'infection est venue du lupus.

Il fait remarquer que le lait des vaches phthisiques peut être une

Digitized by Google

source d'inoculation, source d'autant plus fréquente que dans la campagne on a l'habitude de laver les petites plaies avec du lait cru.

König rapporte un cas d'inoculation dû à une seringue de Pravaz mal nettoyée.

V. Bergmann cite un autre cas où l'inoculation a été faite par la succion d'une plaie. (Voy. *R. S. M.*, XXVIII, 175.) PIERRE DELBET.

OPHTALMOLOGIE.

Propagation de la sensation lumineuse aux zones rétiniennes non excitées, par Aug. CHARPENTIER (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 27 *avril* 1886).

Il s'agit, dans ces expériences, du phénomène de l'induction successive, c'est-à-dire de ce fait que, lorsqu'on fixe un sujet éclairé, dans un champ visuel obscur, au bout d'un certain temps la clarté de l'objet semble diminuer, tandis que celle de ses environs augmente sensiblement; bientôt même toute l'étendue du champ visuel apparaît revêtue d'une lumière uniforme. Y a-t-il réellement une diffusion, une propagation à distance de la sensation lumineuse, ou bien a-t-on affaire, comme le veut Helmholtz, à une erreur de jugement due à la fatigue de la partie rétinienne excitée? Or, A. Charpentier a constaté que la sensibilité lumineuse du champ obscur diminue à mesure que se produit sur lui l'induction lumineuse; c'est donc la première explication qui doit être acceptée, c'est-à-dire que dans le fait de l'induction lumineuse, l'action nerveuse qui donne lieu à la sensation se transporte réellement aux parties du centre percepteur voisines de la partie excitée. M. DUVAL.

Ein Fall von abnormen Einfachsehen durch Illusion (Un cas de vision unique anormale par illusion), par WOLFFBERG (*Cent. f. prakt. Augenheilk.*, *février* 1886).

Un garçon d'hôtel, âgé de 25 ans, vient consulter pour des changements subits dans la vue, consistant en ce qu'il ne peut voir en même temps deux lettres semblables placées l'une à côté de l'autre; il n'en voit qu'une; cette manière d'être ne le gêne pas, mais l'inquiète beaucoup. Voici ce que l'on constate :

Les deux yeux sont emmétropes, l'acuité visuelle normale; le sens des couleurs est intact; pupilles moyennement dilatées, réagissant bien à la lumière; accommodation et muscles de l'œil normaux; rien à l'ophtalmoscope. Tous les autres sens sont intacts; le crâne est bien conformé. Urine, 1015, pas de sucre, ni d'albumine. Le malade explique son état de la façon suivante : lorsqu'il écrit de sa propre main *e e*, il prétend ne voir qu'un seul *e;* s'il écrit 122, il ne voit que 12; s'il trace deux lignes verticales parallèles, il n'en voit qu'une. En même temps, il prétend bien voir, lorsque, du sens horizontal, il ramène tous ces signes dans la verticale, ou s'il incline sa tête dans le même sens; mais ce moyen ne réussit que pendant quelques instants.

Digitized by Google

Un examen plus approfondi apprend :

1) Que cette vision unique existe aussi bien lorsque le patient regarde avec un seul œil qu'avec les deux.

2) Que la nature des signes est indifférente. Deux chiffres, lettres, traits, croix, etc., semblables seront vus uniques, lorsqu'ils sont placés l'un à côté de l'autre. On ne peut invoquer la congruence des signes, car, même lorsqu'ils sont de grandeur différente, ils sont vus uniques. Le patient n'arrive pas à en fusionner plus de deux à la fois.

3) Deux signes de couleurs différentes alternent entre eux : c'est tantôt une couleur, tantôt l'autre que voit le patient.

4) Lorsque deux lettres de grandeur ordinaire (de 1 à 4 millim. de diamètre), à une distance de 40 centimètres sont écartées de plus de 4 centimètres dans le sens horizontal, et de plus de 2 1/2 centimètres dans le sens vertical, elles ne sont plus fusionnées. A une distance de 6 mètres, le patient fusionne les lettres 6/6 du tableau de Snellen, jusqu'à 80 centimètres horizontalement, et 50 centimètres verticalement. D'où l'on peut conclure que cette anomalie ne se produit qu'en dedans de la macula.

5) Le siège de l'image fusionnée correspond toujours au point de fixation de l'œil; jamais en ce point on n'a trouvé de vide ou de scotome.

6) Les recherches stéréoscopiques n'ont pas montré d'autres modifications que celles que l'on pouvait s'attendre à trouver *à priori* dans un œil atteint de cette vision unique anormale.

L'auteur explique cette manière d'être par une illusion psychique. ROHMER.

Ueber Farbenscheu (De l'horreur des couleurs), par HILBERT (*Cent. f. prakt. Augenheilk., fév.* 1886).

Aux huit observations trouvées dans la littérature ophtalmologique, l'auteur en ajoute une neuvième qui a trait à un étudiant en théologie de 26 ans, qui, venant chez lui afin de le consulter pour une légère myopie, ne put fixer les yeux sur un papier de couleur carmin qui se trouvait par hasard sur la table; il avait, disait-il, depuis son enfance, une horreur insurmontable pour cette couleur. Toutes les autres couleurs ainsi qu'une lumière intense ne lui produisent pas le même effet. Rien de particulier à noter, ni pour les yeux, ni pour l'état général.

Jusqu'alors, on n'a noté cette horreur des couleurs que pour le rouge, le bleu et le blanc.

L'auteur pense que, contrairement à l'hyperesthésie optique qui est d'origine périphérique, la chromatophobie, au contraire, est d'origine centrale. ROHMER.

Sopra un fenomeno visivo suscitato dalla atropina (Phénomène visuel produit par l'atropine), par RAMPOLDI (*Annali universali di méd. février* 1886).

L'auteur a observé sur lui-même et sur plusieurs personnes un phosphène qui se produit quelques instants après l'instillation de l'atropine dans l'œil. Ce phosphène se manifeste dans l'obscurité quand l'atropine commence à agir sur le muscle de l'accommodation. Il n'est ni brusque, ni fugace dans son apparition; mais il a une certaine marche presque cyclique et dure plusieurs minutes. L'œil opposé, par action réflexe ou par sympathie, est également influencé dans une certaine mesure. La duboisine à doses égales agit comme l'atropine, mais d'une manière plus énergique. Discutant le mécanisme de la production de ce phosphène, l'auteur conclut qu'il a probablement la même genèse que le phosphène dit de l'accommodation. F. BALZER.

Digitized by Google

I. — Anomalies de développement et maladies congénitales du globe de l'œil, par L. PICQUÉ (*Thèse agrég., Paris*, 1886).

II. — Zur Kasuistik der angeborenen Anomalien des Auges (Anomalies congénitales de l'œil), par von REUSS (*Wien. med. Presse, n° 7 et suiv.*, 1886).

I. — Dans le chapitre anatomique qui précède l'étude des affections congénitales, Picqué insiste sur la disposition de la membrane pupillaire. Pour lui, le bourgeon irien dédouble, en se développant, la portion précristalline de la capsule vasculaire en deux couches, l'une postérieure, capsulo-pupillaire, l'autre préirienne, membrane pupillaire proprement dite.

A propos des cataractes congénitales il rappelle les observations de Panas sur la cataracte nucléaire congénitale.

Un long chapitre est consacré aux colobomes de la choroïde, aux kystes séreux intraorbitaires et à la microphtalmie qui dérivent tous de la même cause pathogénique : le défaut d'oblitération de la fente oculaire. Nous retrouverons cette question dans le chapitre suivant à propos des affections du nerf optique. L'auteur, étudiant les colobomes du nerf optique et de la macula, se rattache entièrement à la théorie du conus postérieur : ces coni inférieurs, latéraux ou péripapillaires, tenant tous à une évolution vicieuse de la fente du pédoncule optique. Pour le colobome maculaire, il ne se croit pas autorisé à accepter l'opinion de Manz et de Vossius sur la rotation du globe avant l'oblitération de la fente.

Dans les maladies congénitales du corps vitré, signalons la persistance de l'artère hyaloïdienne et du canal de Cloquet, étudiée d'après une observation intéressante de Vassaux.

Enfin, dans le chapitre consacré aux affections congénitales de la cornée, l'auteur a réuni un tableau très complet, 95 observations de dermoïdes de la cornée et de la conjonctive, qui comprend, croyons-nous, tous les faits publiés. Il entre ensuite dans une étude détaillée de ces tumeurs, il signale, à propos de l'anatomie pathologique, la présence de glandes sudoripares (Aller, Vassaux), de cellules cartilagineuses (Gallenga). Discutant les diverses théories, il insiste sur celle de Van Duyse, les adhérences amniotiques et il se demande si ces adhérences sont bien nécessaires et s'il ne pourrait pas se faire une soudure entre les paupières et la cornée, tout comme entre les paupières elles-mêmes. F. DE LAPERSONNE.

II. — L'auteur observe un garçon de 17 ans, atteint d'amaurose congénitale à droite. Il constate, à la face postérieure du cristallin, une opacité en forme d'étoile à cinq rayons. Atrophie de la choroïde. Papille rouge grisâtre.

Du milieu de la papille naît un cordon dont la première portion est pyramidale et transparente, qui pénètre ensuite dans le corps vitré pour y devenir opaque et se termine par une sorte de masse d'où rayonnent de fines fibrilles. Ces ramifications n'ont pas, du reste, de relations avec l'étoile du cristallin.

Il s'agit là probablement de l'oblitération exsudative du canal de Cloquet, plutôt que de la persistance de l'artère hyaloïdienne. L. GALLIARD.

Digitized by Google

D'un nouveau procédé opératoire applicable au ptosis congénital et au ptosis paralytique, par PANAS (*Arch. d'ophtalm.*, *VI*, *n*° 1, *p.* 1).

Ce procédé consiste à tailler un lambeau palpébral dont la base élargie répond au sillon de séparation de la portion tarsienne et orbitaire de la paupière et la partie la plus élevée est formée par une incision parallèle et à quelque distance *au-dessous* du sourcil : cette incision arrive jusqu'au périoste. On dissèque ensuite le lambeau jusqu'à sa base en passant entre l'orbiculaire et le tarse. Une dernière incision courbe est pratiquée immédiatement *au-dessus* du sourcil dans une étendue de 3 centimètres, elle va jusqu'au périoste et l'on réunit le pont musculocutané formé par les deux incisions sourcilières, on glisse le lambeau palpébral au-dessous de ce pont et son bord supérieur est fixé par 3 points de suture à l'incision frontale. F. DE LAPERSONNE.

L'idiosyncrasie de la conjonctivite atropinique, par GLORIEUX (*Ann. d'oculist.*, *t. XCIV*).

L'atropine agit en paralysant les fibres musculaires lisses des vaisseaux de la conjonctive. Par les expériences, on retrouve toujours l'action sur l'élément contractile des parois vasculaires. Pour comprendre l'action particulière d'une seule goutte d'atropine sur la conjonctive de certains sujets, il faut admettre une faiblesse spéciale des fibres lisses qui les rend plus sensibles au poison. — A un degré plus élevé, on aura la conjonctivite folliculaire. F. DE LAPERSONNE.

Examen histologique de granulations conjonctivales. Leur microbe, par PONCET de Cluny (*Bull. de la Soc. de chir.*, *XII*, *n*° 4, *p.* 281-282).

Poncet a trouvé en examinant un œil dont les granulations conjonctivales avaient totalement envahi la cornée, un microcoque spécial qui se rencontre en grande abondance dans les cellules et entre les cellules. Contrairement à l'opinion de Sattler, ce microbe est très distinct de celui de l'urétrite blennorragique. M. HACHE.

Demonstration eines Falles von essentieller Schrumpfung der Conjunctiva (Atrophie essentielle de la conjonctive), par SCHŒLER (*Berlin. klin. Woch.*, 1884, *n*° 33, *p.* 533).

Femme de 70 ans, sans antécédents oculaires ni syphilitiques; elle a surmené ses yeux et offre à droite une cataracte sénile commençante.

Rougeur uniformément violacée de la conjonctive oculaire et palpébrale. Disparition du repli normal à l'endroit où cette muqueuse passe du globe sur la paupière inférieure, d'où gêne considérable de la mobilité de l'œil et impossibilité d'en écarter la paupière au delà de quelques millimètres.

Sur la paupière supérieure, se voient quelques stries blanchâtres d'apparence cicatricielle et l'atrophie est déjà telle qu'il est impossible de renverser la paupière. Mais, au niveau du repli, la rétraction et l'atrophie sont moindres qu'à la paupière inférieure.

La cornée ne présente qu'un léger trouble fumeux. Rien à l'ophtalmoscope.

Dans ce cas, les deux causes ordinaires (granulations invétérées et pemphigus) de l'atrophie conjonctivale font défaut.

Un seul cas dans la littérature médicale est comparable au précédent.

Digitized by Google

C'est celui qu'a publié Kries (*Arch. f. Ophthalmologie*, 1878), où il y avait de plus atrophie de la cornée et une altération lenticulaire sur le bord interne de la paupière supérieure. J. B.

Contribution à l'étude des tumeurs congénitales de la conjonctive et de la cornée, par GALLENGA (*Ann. d'oculist., t. XCIV, p.* 215).

Dans l'examen histologique d'un dermoïde, Gallenga a trouvé des capsules cartilagineuses à noyaux multiples au-milieu d'une substance fondamentale fibrillaire. — Ce fait avait été, du reste, signalé par de Graefe et par Schweigger. Rapprochant ceci de la présence de cartilages dans la membrane nictitante de certaines espèces animales, il se demande si on n'a pas affaire à une modification particulière du pli semilunaire qui n'est qu'un vestige de la troisième paupière des animaux. Vers le troisième mois, sous l'influence d'une pression exercée par les paupières, cette membrane viendrait adhérer au limbe soit en dehors, soit en haut. F. DE LAPERSONNE.

Nachweis des Tuberkelbacillen bei Conjonctival-Tuberkulose (Tuberculose conjonctivale démontrée par la présence des bacilles), par ULRICH (*Cent. f. prakt. Augenheilk., déc.* 1885).

L'affection se caractérise cliniquement par les symptômes suivants : gonflement notable des paupières : sur toute la conjonctive tarsienne inférieure et un peu sur la conjonctive bulbaire, on voit de nombreuses ulcérations à bords creusés irréguliers, indéterminés, et à fond opaque, jaunâtre. Le fond de ces ulcérations est tapissé par de nombreuses granulations, saignant facilement et se laissant aisément arracher par morceaux. Le reste de la conjonctive a un aspect velouté, est épaissi et très rouge. Même aspect de la conjonctive supérieure; l'une des ulcérations empiète sur la conjonctive bulbaire; au côté interne, il y a plusieurs excroissances polypeuses, et une rétraction cicatricielle. La conjonctive bulbaire est rouge, épaissie, raide et d'aspect vitreux; le pli semi-lunaire et sa caroncule sont hypertrophiés ou d'aspect rouge brillant. La cornée est intacte, l'iris non décoloré, la pupille réagit bien, les milieux de l'œil bien transparents, et le fond de l'œil bien normal.

Le microscope démontre manifestement la présence des bacilles dans la conjonctive.

Les deux malades avaient des antécédents de tuberculose héréditaires et personnels. ROHMER.

Transplantation of the conjonctive of the rabbit to the human eye (Transplantation de la conjonctive du lapin à l'homme), par PARKER (*Med. News, p.* 688, 20 *juin* 1885).

Chez un enfant de 8 ans, brûlé par une explosion de poudre, on constatait un symblépharon complet avec strabisme convergent. Parker fit en premier lieu l'opération en commençant comme dans la méthode de Arlt. Il mobilisa ensuite le globe et recouvrit les surfaces adjacentes avec la conjonctive d'un lapin, qui fut fixée par des sutures particulières. Ces sutures, après de nombreuses recherches, ont été faites avec des bouts de tendons d'écureuil, qui peuvent être coupés aussi finement que les soies les plus fines. Comme le catgut, ces fils à suture sont conservés dans l'huile phéniquée. Il n'est pas nécessaire de les enlever. Ils se résorbent naturellement. DE LAPERSONNE.

Digitized by Google

Ueber die im Thränensackielter enthaltenen Infections-Keime und ihr Verhalter gegen Antiseptica (Étude sur les germes infectieux contenus dans le pus des voies lacrymales et leur réaction vis-à-vis des antiseptiques), par SATTLER (17e *compte rendu de la Société d'ophtalmologie. Heidelberg*, 1885).

Les études antérieures avaient amené l'auteur à recommander l'emploi du sublimé à 1/5000; la pratique sanctionna la théorie. Il fit néanmoins des recherches plus complètes pour savoir quels étaient les micro-organismes renfermés dans le pus du sac lacrymal. Ses cultures dans l'agar-agar peptonisé lui permirent de voir, d'après vingt-huit expérimentations, que les organismes les plus répandus sont d'abord les *staphylococci*, découverts par Ogston et vulgarisés par Rosenbach, avec leurs trois variétés (albus, aureus, et citreus); le staphylococcus pyogenes n'a pas encore été découvert dans le pus lacrymal. Puis, Sattler découvrit deux autres cocci : l'un, trouvé par Passet dans le pus des abcès et analogue au pneumococcus de Friedländer, formant des masses humides, grisâtres, en forme de clou; l'autre forme dans la gélatine des masses blanc-jaunâtres, assez élevées, à bords échancrés, un peu épaissis, à reflets de cire. Passet l'a appelé *micrococcus cereus*. En outre, il a vu six variétés de bactéries en forme de bâtonnets, faciles à différencier les unes des autres, par leur culture dans la gélatine et l'agar-agar, et aussi par leur aspect microscopique et leurs propriétés pathogéniques.

Pour connaître les propriétés pyogéniques de chacune de ces variétés de micro-organismes, Sattler pratiqua des érosions cornéennes à l'aide d'une lancette, et inocula ainsi des cultures pures de chacun des micro-organismes; avec quelques-unes de ces cultures, il fit aussi des injections dans le corps vitré. C'est le staphylococcus pyogenes qui donne lieu aux suppurations les plus intenses; chaque fois, il y eut inflammation purulente, accompagnée d'hypopion et d'iritis; quelquefois, il y eut des perforations de la cornée. Les autres cocci provoquèrent des inflammations beaucoup moins intenses.

Ayant gratté les bords et le fond d'un ulcère serpigineux de la cornée, puis le pus ayant été coloré avec de l'aniline, ou cultivé sur l'agar-agar, Sattler y trouva constamment des bactéries à extrémités arrondies et moins brillantes que leur centre. Toutefois, il ne les donne pas comme spéciaux à l'ulcère serpigineux, mais simplement comme des organismes trouvés dans du pus en décomposition.

Sans s'étendre davantage sur les antiseptiques, Sattler se borne simplement à recommander le biiodure d'hydrargire préconisé par Panas, prétendant cependant que la solution de 0,01 de HgI^2, pour 1000 ajouté à celle de 0,2/1000 du sublimé, est bien supérieure à la solution du sublimé simple à 0,2 et même 0,3 pour 1000. ROHMER.

De l'extirpation de la glande lacrymale dans les cas de larmoiement incurable, par DARIER (*Gaz. méd. de Paris*, 20 *février* 1886).

L'auteur donne un résumé de cinq observations d'extirpation de la glande lacrymale et conclut que :

Cette extirpation est une opération qui mérite d'être mise en pratique plus souvent.

Digitized by Google

Qu'elle est indiquée dans tous les cas où le larmoiement a résisté aux divers traitements classiques, alors même que de grosses sondes passent facilement par le canal nasal, mais sans résultat bien efficace, et dans les cas où, à la suite d'une obstruction par cicatrice, il est impossible de rétablir les voies naturelles.

Que l'opération ne présente pas de grandes difficultés. Grâce à une bonne antisepsie les accidents sont peu à craindre et la réunion a toujours lieu par première intention. La chloroformisation est nécessaire. Après l'opération, il n'y a pas de sécheresse de l'œil. OZENNE.

Experimentelle Beiträge zur Lehre vom Flüssigkeitswechsel im Auge, etc.), (Contribution expérimentale à l'étude des échanges liquides dans l'œil et principalement de la régénération de l'humeur aqueuse) par H. SCHICK (*Archiv für Ophth.*, 31 *Jahrg.*, *Abth. II*, 1885).

Après avoir rappelé les travaux antérieurs sur la question, l'auteur a entrepris, à son tour, de nombreuses expériences pour éclaircir ce point. Sans rappeler celles-ci, on peut résumer, dans les propositions suivantes, les résultats auxquels il est arrivé, au sujet de la sécrétion de l'humeur aqueuse.

La plus grande partie de l'humeur aqueuse provient des vaisseaux iriens, pénètre dans le tissu de l'iris, puis se répand dans la chambre antérieure par toute la surface antérieure de cette membrane. Il faut admettre, en même temps, que l'iris prend une certaine quantité de liquide dans la chambre postérieure; mais il est actuellement encore impossible de dire si ce liquide passe dans la chambre antérieure, ou s'il est repris directement par les vaisseaux de l'iris. Il est prouvé que l'humeur aqueuse ne provient pas de l'espace compris entre le cristallin et le diaphragme irien. La sécrétion de ce liquide débute toujours près de la partie sphinctérienne de l'iris. ROHMER.

Zu dem Verhalten von Cilien in der Vorderkammer (Comment les cils se comportent dans la chambre antérieure), par SAMELSOHN (*Cent. f. prakt. Augenheilk.*, *déc.* 1885).

L'auteur rapporte l'histoire d'un jeune homme de 19 ans, qui, à la suite d'une rupture de la cornée par une lame de canif, eut une inclusion d'un cil dans la chambre antérieure, et une cataracte traumatique. Au bout de deux mois, le cil avait disparu, dissous probablement et résorbé par le liquide alcalin formé par la substance cristallinienne et le liquide de la chambre antérieure. ROHMER.

Weitere Mittheilungen über Heilung tiefer, zur Perforation tendirender, Hornhautgeschwuere durch conjunctivale Deckung. (Nouveaux faits de guérison d'ulcères graves de la cornée par occlusion au moyen d'un lambeau de conjonctive), par Hermann KUHNT (*Berliner klinische Wochens.*, *XXI*, *n°* 27, *p.* 418).

Kuhnt publie 8 nouveaux cas d'ulcères marginaux de la cornée, à tendance perforante, guéris par le traitement suivant:

Après avoir nettoyé et abrasé l'ulcère, il le recouvre d'un lambeau conjonctival à large pédicule, pris parallèlement au bord de la cornée.

Il se produit une soudure des deux surfaces vives, un arrêt du tra-

Digitized by Google

vail ulcéreux, une disparition immédiate des douleurs ciliaires ; en même temps l'atropine recommence à agir.

24 ou 48 heures après l'opération, il se forme, à l'endroit où le lambeau a été prélevé, un dépôt d'aspect diphtéritique qui n'a aucune signification fâcheuse et disparaît spontanément en 3 ou 4 jours.

La résorption du lambeau conjonctival commence du 5e au 9e jour.

Kuhnt pense que ce lambeau agit en faisant une occlusion hermétique et en protégeant l'ulcère contre les causes d'irritation (frottement des paupières) et d'infection. J. B.

Ueber die Anwendung des Thermocauters bei destructiven Hornhaut-Processen (Emploi du thermocautère contre les processus destructifs de la cornée), par EVERSBURCH (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., mars* 1886).

Après différents essais comparatifs entre la galvanocaustie et le thermocautère, l'auteur s'arrête définitivement à ce dernier instrument, qu'il a modifié légèrement en faisant construire une pointe recourbée, très fine.

Sur le bord des ulcères serpigineux, il fait avec sa pointe de thermocautère une série d'attouchements très rapprochés les uns des autres, et entourant l'ulcère d'un véritable cordon. Puis, vers le centre, il fait des cautérisations un peu plus profondes ; enfin, sur les parties les plus malades, il pratique de véritables perforations, 2 ou 3, sans craindre de blesser l'iris. Sous l'influence de ces « thermocautérisations », l'auteur a toujours vu guérir les infiltrations, les abcès et les solutions de continuité traumatique infectieuses de la cornée. ROHMER.

Ingecciones de ergotina en la queratitis parenquimatosa (Injections d'ergotine dans la kératite parenchymateuse), par LOPEZ-OÇANA (*El Dictamen, Madrid, février* 1886).

Dans la période de vascularisation intense et de stase vasculaire, les injections d'ergotine, alliées aux injections de morphine, ont pour effet de diminuer la vascularisation et de restreindre la diapédèse des éléments figurés. Elles auraient celui, en diminuant la stase sanguine, de favoriser l'absorption de l'atropine et par conséquent d'éviter les complications du côté de l'iris. F. DE LAPERSONNE.

Ueber die centrale parenchymatoese ringförmige Hornhautentzuendung (De la kératite interstitielle centrale annulaire), par A. VOSSIUS (*Berlin. klin. Woch., n° 43, p. 589, et n° 44, p. 709, 26 octobre et 2 novembre* 1885).

A peine mentionnée par Stellwag et par Schweigger, cette affection cornéenne, dont Vossius rapporte 9 cas, a reçu de lui une désignation qui indique déjà les caractères principaux qui la séparent de la kératite interstitielle diffuse des auteurs.

Dans l'affection décrite par Vossius, de bonne heure on voit, au centre de la cornée, un anneau opaque occupant toute l'épaisseur de la membrane et qui circonscrit à son intérieur une portion de cornée qui conserve un assez long temps sa transparence normale.

Tant sous le rapport de la symptomatologie que sous ceux de la durée, de l'opiniâtreté de la maladie, il convient de distinguer dans la kératite annulaire deux formes, la vasculaire et la non-vasculaire.

Digitized by Google

Dans la forme non vasculaire, les yeux n'offrent pas la plus légère trace d'irritation : il n'y a ni infection de la conjonctive, ni photophobie, ni larmoiement, ni douleurs. Les parents n'ont eu connaissance de l'affection que quand les jeunes malades se sont plaints d'un trouble visuel.

La cornée a un aspect terne dû à une opacité diffuse et très superficielle et à une mortification de l'épithélium qui est plus complètement lisse : il est finement pointillé et semble recouvert d'une buée.

Au sein de cette cornée troublée, on distingue, immédiatement en avant de la pupille ou concentriquement à son bord, un anneau généralement déjà complètement fermé, d'épaisseur uniforme, de couleur blanche ou gris bleuâtre. En dedans de cet anneau, la cornée ne présente que l'aspect terne qu'elle a ailleurs. L'anneau a un diamètre de 3 à 4 millimètres. A l'éclairage latéral, on reconnait que la cornée n'a perdu sa transparence qu'au niveau de l'anneau. Si, en même temps, on examine l'œil avec une loupe, on s'aperçoit que l'anneau opaque est constitué par des points très fins juxtaposés et superposés les uns aux autres par des nubécules et par un système de fines stries grises, s'entre-croisant dans les directions les plus diverses. La cornée n'offre aucun vaisseau et n'est pas anesthésique. L'humeur aqueuse a la couleur de l'iris, la pupille de la chambre antérieure et le processus intra-oculaire sont normaux. Mais les troubles visuels sont généralement intenses et les malades se heurtent à tous les objets. La guérison s'effectue ainsi. En même temps que l'anneau se rétrécit de plus en plus et s'éclaircit de dehors en dedans, l'opacité diffuse de la cornée commence à s'éclaircir à partir des bords et le pointillé de l'épithélium disparait peu à peu. Lorsque l'anneau est réduit à un nubécule central à peine gros comme un petite tête d'épingle, le trouble diffus de la membrane a disparu et la cornée a repris son aspect brillant. Enfin le nubécule central se résout lui-même en points et stries à peine visibles à l'éclairage latéral ou à l'ophtalmoscope, et qui ne gênent pas sensiblement la vision.

La forme vasculaire de la kératite annulaire est beaucoup plus longue et plus rebelle. Dès le début, il existe une zone étroite d'injection péricornéale, de la dilatation des veines ciliaires antérieures, un peu de larmoiement et de photophobie, parfois même des douleurs ciliaires intenses. De bonne heure, généralement, la cornée se vascularise de toutes parts. Tantôt, de son limbe un peu gonflé, on voit partir quelques fins vaisseaux passant dans les couches superficielles de la cornée, immédiatement au-dessus de son épithélium, terne et ponctué, et se dirigeant vers l'anneau d'opacité centrale, à l'intérieur duquel seulement ces vaisseaux se résolvent en mailles inextricables en donnant à l'anneau une teinte gris rougeâtre ; tantôt les vaisseaux, beaucoup plus nombreux, sont pressés les uns contre les autres et donnent à toute la surface de la cornée un aspect rouge rose.

Le processus est sujet à des alternatives d'amélioration et d'aggravation spontanées, à des phénomènes inflammatoires, mais l'anneau persiste longtemps dans le même état. L'iris est hypérémié, la pupille peu dilatable, la chambre antérieure en général plus profonde.

Après une durée de 8 à 12 semaines, la tendance vers la guérison se produit de la même façon que dans la forme non vasculaire, c'est-à-dire par une diminution graduelle de diamètre de l'anneau, qui se rapproche

Digitized by Google

de plus en plus du centre cornéen et en même temps s'éclaircit sur les bords; au bout de 6 mois, la petite tache opaque, seule subsistante au centre de la cornée, commence à disparaître.

La kératite interstitielle centrale annulaire débute par un trouble diffus sous-épithélial fusant de la périphérie au centre et par un pointillé de l'épithélium, ce qui donne à la cornée l'apparence d'une plaque de verre morcelée. Puis se montrent à quelque distance du centre des foyers d'infiltration dont la réunion constitue l'anneau.

Cette affection est certainement rare si on la compare aux autres affections cornéennes de l'enfance. C'est un pur hasard qui a permis à Vossius d'en observer 8 cas en 7 mois.

Le pronostic en est toujours favorable; jamais la cornée ne s'altère, et la gêne visuelle résultant des opacités se réduit à peu près à rien.

Tous les malades étaient jeunes, et leur âge était compris entre 5 et 20 ans; la majorité avait moins de 10 ans. Deux fois seulement, la kératite n'a atteint qu'un seul œil.

Généralement il s'agissait d'enfants pâles, petits, débiles, bien que doués d'embonpoint, mais sans signes de rachitisme ou de scrofule autres que parfois de coryza avec ulcération des narines ou eczéma de celles-ci ou des lèvres.

Un seul enfant paraissait nettement syphilitique, mais plusieurs autres présentaient soit un affaissement suspect du nez, soit des cicatrices au niveau des commissures labiales, soit les altérations de Hutchinson au niveau des incisives supérieures.

Voici le traitement institué par Vossius : séjour autant que possible à l'air frais, alimentation substantielle, huile de foie de morue, bain salés, iodure de fer.

L'emploi des injections de sublimé au centième n'a pu être généralisé, malgré leur efficacité, parce qu'elles sont trop douloureuses. Dans un cas rebelle de la forme vasculaire, les sudorifiques, l'iodure de potassium, les péritomies répétées, n'avaient pu arrêter les progrès du travail morbide ; ce sont les onctions mercurielles qui l'ont enrayé.

Comme adjuvants, Vossius recourt aux instillations d'atropine, aux compresses tièdes alternant avec des bandages compressifs, ou bien, s'il y a pas d'irritation, à des verres de conserves ; contre la photophobie il préconise les immersions fréquentes de la face dans l'eau froide. Pour activer l'éclaircissement des opacités, il applique un peu de pommade au précipité jaune dans le cul-de-sac conjonctival et l'étale sur la cornée en massant la paupière suivant le procédé de Pagenstecher.

En même temps, Vossius ne néglige pas le traitement des affections nasales concomitantes, car leur guérison accélère celle de la kératite. Dans ce but, il fait chaque jour plusieurs injections avec de l'acide borique à 2, à 4 0/0 dans les narines, qu'il tamponne ensuite avec de l'ouate imbibée de pommade à l'oxyde de zinc, pour éviter que les sécrétions irritantes n'entretiennent les ulcérations et l'eczéma de la lèvre supérieure.

J. B.

Considérations sur les hémorragies profuses et spontanées de l'œil chez les adolescents, par COGNET (*Thèse de Paris*, n° 85, 1896).

Ces hémorragies, dont la pathogénie est encore obscure, ont un pro-

Digitized by Google

nostic extrêmement grave; elles surviennent brusquement, peut-être chez des sujets hémophiles; elles envahissent rapidement le corps vitré, peuvent se résorber sous l'influence d'un traitement approprié, mais récidivent fréquemment et entraînent souvent la perte de la vision. Le traitement employé par Abadie repose surtout sur l'emploi de l'ergotinine et des préparations toniques. F. DE LA PERSONNE.

Eine sehr seltene Form persistirender Pupillar-membran (Une forme très rare de persistance de la membrane pupillaire), par **MAYERHAUSEN** (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., janvier* 1886).

Un enfant de 5 mois, dont la mère, pendant la grossesse, avait eu de grands chagrins, présente sur l'œil droit, d'ailleurs bien conformé, une petite membrane grisâtre qui obstrue la pupille dans ses deux tiers supérieurs. Sous l'influence de la lumière oblique, la pupille se contracte, et le bord inférieur du petit cercle de l'iris vient se cacher derrière la membrane pupillaire; l'atropine, au contraire, élargit l'orifice inferieur de la pupille, tandis que les deux tiers supérieurs restent très adhérents à la membrane. Lorsqu'on cache l'œil gauche avec la main, l'enfant suit très bien une lumière qu'on lui présente. Ce cas diffère des autres semblables, en ce que, dans ces derniers, les adhérences entre la membrane pupillaire et l'iris étaient constituées simplement par des adhérences filiformes, tandis qu'ici, au contraire, l'adhérence est totale et complète. ROHMER.

I. — On the treatment of adhesions of the iris to the cornea, par WALKER (*The Lancet*, 31 *janvier* 1885).

II. — Recovery of good sight after twenty year's blindness (Vision recouvrée après 20 ans de cécité), par **WALKER** (*The Lancet*, 6 *juin* 1885).

I. — Contrairement à l'opinion de plusieurs ophtalmologistes, l'auteur est d'avis que les synéchies antérieures doivent toujours être opérées. Il se sert pour cela du couteau à cataracte introduit près du bord de la cornée et poussé le plus loin possible sous la partie adhérente de l'iris. Si l'adhérence paraît peu considérable, on tâche de dégager l'iris sans le sectionner; si la synéchie est étendue, on fait exécuter au couteau un mouvement de levier, soit en haut, soit en bas, et on divise l'adhérence en rasant la face profonde de la cicatrice cornéenne. Préalablement on a eu soin de faire contracter l'iris par l'ésérine, afin de le tendre le plus possible; cette tension, quand elle est suffisante, aide beaucoup au succès de l'opération, qui est d'autant moins difficile que les parties adhérentes sont plus voisines du centre. Les deux principaux dangers de l'opération sont l'écoulement trop rapide de l'humeur aqueuse au moment du mouvement de levier, et la procédence de l'iris détaché dans la plaie opératoire, d'où production d'une synéchie secondaire.

L'auteur cite quatre observations de synéchies antérieures, de date ancienne, opérées avec plus ou moins de succès par sa méthode. Quand les adhérences sont étendues, il est rare qu'on puisse les diviser en une seule fois; dans trois des cas cités, l'opération a dû être répétée deux, quatre et jusqu'à neuf fois. La réaction consécutive, combattue par l'atropine et au besoin par les sangsues, n'a jamais eu de suites fâcheuses, et la vision a été chaque fois sensiblement améliorée. Le discrédit jeté par les auteurs sur l'opération des synéchies antérieures n'est donc pas justifié.

Digitized by Google

II. — Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans qui, à la suite d'une ophtalmie de la première enfance, portait d'un côté un leucome cornéen opaque avec synéchie antérieure complète, de l'autre une taie considérable occupant la moitié inférieure de la cornée, et à laquelle l'iris adhérait dans presque toute l'étendue de son bord libre, laissant une pupille du diamètre d'une tête d'épingle, mais placée de telle sorte qu'elle ne pouvait en rien servir à la vue. La malade était donc aveugle depuis vingt ans et capable à peine de distinguer la lumière de l'obscurité.

Walker, par sa méthode décrite ci-dessus, page 691, sectionna en plusieurs fois les adhérences et réussit à libérer complètement l'iris et à restaurer une pupille normale. Or, il se trouva que, malgré vingt ans d'inactivité complète, la rétine avait conservé ses fonctions; il existait à la vérité une myopie égale à 15 D. environ; mais celle-ci corrigée par des verres convenables, l'acuité visuelle se trouva presque normale. La malade à laquelle la restauration de sa vue avait d'abord causé une sensation de vertige presque insupportable, s'accoutuma promptement à son nouvel état, apprit à lire en huit jours, et lit aujourd'hui assez facilement le numéro 8 de Jaeger. Le leucome cornéen, privé des vaisseaux que lui fournissait l'iris, a beaucoup perdu de son opacité; quant à la fibre musculaire irienne, elle répond à merveille aux myotiques comme aux mydriatiques. H. B.

Kystes, tumeurs perlées et tumeurs dermoïdes de l'iris; rôle du traumatisme et de la greffe, par L. MASSE (*In-8°, Paris*, 1885).

Pour expliquer l'origine des kystes et des tumeurs perlées que l'on voit se développer après les plaies pénétrantes de la cornée, Masse admet que des fragments très petits d'épiderme, d'épithélium cornéen, de conjonctive ou même de cils peuvent être introduits dans la chambre antérieure et former sur l'iris une véritable greffe. Il produit à volonté, chez les animaux, ces tumeurs perlées, en introduisant dans la chambre antérieure de petits fragments de ces divers tissus qui viennent se greffer sur l'iris. La théorie de la greffe pourrait être invoquée alors même que l'œil a subi une contusion, sans plaie pénétrante; des fragments épithéliaux, détachés de la face postérieure de la cornée, viennent s'appliquer sur l'iris. Quant aux tumeurs dermoïdes de l'iris, leurs germes pourraient exister bien avant la naissance, jusqu'au moment où un traumatisme viendrait leur donner une impulsion nouvelle et provoquer leur développement. F. DE LAPERSONNE.

Experimentelle Studien über Iriscysten (Étude expérimentale des kystes de l'iris), par Fr. HOSCH (*Arch. f. path. An. u. Phys., XCIX, H. 3, p. 449*).

Presque tous les malades qui présentent des kystes ou un épithélioma perlé de l'iris ont subi un traumatisme de l'œil, parfois même avec perforation de la cornée ou de la sclérotique au voisinage de la cornée. Von Rothmund s'est demandé si dans ces cas l'agent perforant n'avait pas implanté sur l'iris soit des cils, soit des cellules épithéliales de la conjonctive, ou épidémiques de la peau des paupières. L'auteur rappelle les divers travaux de von Wecker, Dooremaal, Goldzieher, Schweninger, etc., et passe à l'exposé de ses recherches. Il a fait 35 implantations de cils, cheveux, cellules épithéliales ou épidermiques. Il a, dans presque tous les cas, obtenu des productions anormales à la surface de l'iris, ces productions rappelaient tantôt la structure de la couche pig-

Digitized by Google

mentaire de l'iris, tantôt la structure de la cornée. Pour obtenir des kystes véritables, il fallait introduire des éléments glandulaires provenant soit des glandes de Meïbomius, soit des glandes de la peau. Il pense donc que les kystes de l'iris sont assez analogues à des kystes dermoïdes, avec cette différence qu'au lieu d'une invagination due à un trouble de développement, on aurait affaire à une implantation traumatique. Pour que les cils ou les cheveux puissent causer ces kystes, il faudrait que leur racine, contenant les éléments glandulaires, fût en contact avec l'iris.

P. GALLOIS.

A case of tuberculosis of the iris, par Myles STANDISCH (*Boston med. surg. journ.*, 5 *novembre* 1885).

Fille de 14 ans, assez chétive. Environ un an avant de consulter l'auteur, elle fut atteinte d'hépatite aiguë. Au mois d'avril 1885, elle fut prise de lassitude et de malaise. En même temps la vision de l'œil droit se troubla. Au mois de mai suivant, on constata les phénomènes suivants : conjonctive de l'œil droit légèrement injectée au pourtour de la cornée; cornée légèrement opaque ; iris complètement adhérent à la capsule du cristallin. Au-dessus de la pupille, et adhérente à l'iris, se trouve une petite tumeur indolore, d'une coloration jaune rougeâtre, de 2 millimètres de diamètre, et recouverte de plusieurs vaisseaux sanguins très fins. On ne put découvrir le fond de l'œil. Un mois après, la tumeur avait doublé de volume et il s'en était formé trois autres près du bord ciliaire de l'iris. On pratiqua l'énucléation de l'œil. La tumeur était composée de granulations et de cellules géantes. On y trouva quelques bacilles tuberculeux.

J.-B. H.

Drei Fälle spontaner Aufsaugung von seniler Kataract bei unverletzter Kapsel (Trois cas de résorption spontanée de cataractes séniles sans lésion de la capsule), par BRETTAUER (17e *Congrès d'Ophth. Heidelberg*, 1885).

L'auteur a vu trois malades, âgés de 45, 50 et 46 ans, qui ont été opérés tous les trois de cataractes séniles de l'œil droit, tandis que l'œil gauche commençait déjà à s'opacifier. Le temps qui s'est écoulé entre le début de l'opacification jusqu'à la résorption complète de la lentille est difficile à bien déterminer ; il varie entre neuf et treize ans. Dans les trois cas, on vit apparaître d'abondantes masses de cholestérine, et la substance corticale se transforma en une masse gélatineuse ; le noyau se résorba complètement ; les deux cristalloïdes se rapprochèrent l'un de l'autre, et l'iris, n'étant plus soutenu, devint tremblotant. On ne sait rien encore sur la variété de cataracte que peut subir cette sorte de métamorphose, ni quelles sont les conditions locales ou générales qui la favorisent ; des faits ultérieurs devront éclaircir tous ces points.

ROHMER.

Disparition spontanée de cataractes diabétiques, par NETTLESHIP (*Transact. of the Ophth. Soc. of the united kingdom, t. V, p.* 107).

L'éclaircissement du cristallin dans deux cas coïncidait avec la disparition du sucre des urines et l'amélioration de l'état général. Dans une observation, les opacités cristalliniennes reparurent en même temps que la glycosurie, ce qui paraît donner quelque raison à la théorie de la soustraction de l'eau du cristallin sous l'influence de la tension sanguine.

F. DE LAPERSONNE.

Digitized by Google

Zur Ætiologie des grauen Staars. Jugendliche Katarakten bei Glasmachern (Contribution à l'étiologie de la cataracte. Cataractes précoces chez des verriers), par MEYHÖFER (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *fév.* 1886).

L'auteur a observé 4 cas de cataractes spontanées chez des individus de 28, 27, 29 et 24 ans; tous quatre étaient des ouvriers verriers, travaillant au même endroit, exposés aux mêmes intempéries. Aussi fit-il porter ses recherches étiologiques sur des influences extérieures ayant pu amener la même lésion oculaire chez tous. Sur 506 ouvriers verriers, âgés de 15 à 81 ans, Meyhöfer a trouvé des opacités cristalliniennes chez 59 individus, c'est-à-dire 11.6 0/0; il note surtout le nombre considérable de jeunes gens atteints de cette lésion; ainsi, sur 442 individus, âgés de moins de 40 ans, il en a trouvé 42, c'est-à-dire 9.5 0/0, avec des cataractes, se répartissant ainsi : 6 au-dessous de 20 ans, 20 de 20 à 30 ans, 16 de 30 à 40 ans. Sur les 64 ouvriers de plus de 40 ans, 17, ou 26.5 0/0, furent trouvés porteurs de cataractes. Chez les jeunes gens, on put faire avec succès 4 extractions. Jamais de sucre ni d'albumine dans les urines.

Les caractères des troubles cristalliniens furent toujours ceux des cataractes précoces.

L'auteur en rapporte l'origine à l'exposition longtemps prolongée à une forte chaleur (65° près des fours), et à la transpiration extraordinairement abondante qne provoque constamment cette chaleur. Comme c'est le plus souvent l'œil gauche qui est atteint, l'auteur en conclut encore à l'action directe de la chaleur, l'ouvrier, pendant son travail, tournant toujours son côté gauche vers les fours. Sur les 42 cas de cataractes précoces, on trouva 16 cas aux deux yeux, 19 cas à l'œil gauche, et 7 à l'œil droit. 5 cataractes opérées par extraction siégeaient toutes à l'œil gauche.

Meyhöfer est tout disposé à expliquer le mécanisme de production de la cataracte chez les verriers, de la même façon que chez les diabétiques, les uns et les autres perdant, soit par les reins, soit par la peau, une énorme quantité d'eau. ROHMER.

Des derniers progrès réalisés dans l'opération de la cataracte par extraction, par PANAS (*Bull. Acad. de méd.*, 5 *janvier* 1886).

Voici les principes qui doivent guider l'opérateur : 1° faire usage d'un antiseptique sûr dans son action et peu irritant; 2° pousser le liquide antiseptique dans tous les recoins du champ opératoire; pour cela, le lavage intra-oculaire est de rigueur; 3° tailler un lambeau cornéen aussi bien comme régularité de formes que comme grandeur (Panas est revenu à l'extraction *simple* — méthode de Daviel); 4° procéder le plus complètement possible à la toilette du champ pupillaire. Tout doit sortir; 5° faire contracter et réduire complètement l'iris avant que de fermer l'œil opéré; 6° user du pansement antiseptique dans toute sa rigueur et tenir l'œil au repos un temps suffisant; 7° surveiller attentivement l'opéré, afin d'intervenir à temps. F. DE LAPERSONNE.

Digitized by Google

I. — Klinische Studien ueber Netzhautabloesung (Étiologie du décollement de la rétine), par Ernst WALTER (*Thèse inaugurale, Zurich*, 1884).

II. — Ueber Netzhautablœsung, par HORNER (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte XIV, n° 16, p. 406*).

D'après 300 cas de décollement rétinien observés par Horner de 1872 à 1883, Walter a cherché à étudier surtout les conditions étiologiques locales et générales de cette affection, en éliminant de son travail tous les faits de décollement inaccessibles à l'opthalmoscope et ceux produits par des tumeurs de la choroïde ou de la rétine.

La pression intra-oculaire était presque toujours diminuée, rarement normale, et trois fois accrue.

Les décollements anciens avaient amené, comme conséquence à peu près constante, une cataracte commençante du pôle postérieur et souvent des synéchies.

La perte du champ visuel correspondait en général à l'étendue du décollement.

L'acuité visuelle était habituellement très affaiblie.

Le corps vitré présentait des opacités dans près de la moitié des cas (141).

Le décollement siègeait 92 fois en bas, le plus rarement (2 fois) en dedans, et 6 fois dans la région de la macula.

Il était survenu 52 fois subitement, 41 fois dans l'espace de peu d'heures, 57 fois lentement. Dans les 150 autres observations, son mode d'apparition ne put être découvert.

Relativement à l'âge des malades, on en compte 1 cas de 1 à 10 ans; 24 cas de 10 à 20 ans; 48 cas de 20 à 30 ans; 29 de 30 à 40 ans; 44 de 40 à 50; 84 de 50 à 60; 54 de 60 à 70, et 16 de 70 à 80 ans.

Relativement à la réfraction, 156 décollements concernaient des yeux myopes; 53, des yeux hypermétropes, et 38, des emmétropes.

Relativement aux causes, on trouve la myopie dans 144 cas (48 0/0), les traumatismes dans 49 (16.3 0/0), la diathèse hémorragique dans 23 (7.6 0/0), les opacités du corps vitré dans 22 (7.2 0/0), l'iritis, l'irido-cyclite et l'irido-choroïdite dans 11 cas (3.6 0/0), les congestions oculaires dans 11 cas aussi, la choroïdite dans 10 (3.3 0/0), et les anomalies congénitales dans 2 (0.6 0/0). Enfin les décollements idiopathiques, c'est-à-dire ceux dont la cause est inconnue, sont au nombre de 28 (9.3 0/0).

En ce qui concerne l'influence de l'âge, la courbe de fréquence des décollements rétiniens offre 2 sommets : l'un à 30 ans (16 0/0), et l'autre à 60 (28 0/0) ; le minimum de fréquence se trouve à 40 ans.

A 30 ans, la grande fréquence des décollements tient aux formes traumatiques, et cela fait soupçonner l'importance que les traumatismes doivent avoir pour les décollements par myopie ou par hemorragie au même âge. L'autre maximum, constaté à 60 ans, est dû aux décollements par myopie et aux idiopathiques.

Les décollements par iritis et par choroïdite augmentent de fréquence jusqu'à 40 ans, et dès lors ils diminuent graduellement.

Les décollements idiopathiques, c'est-à-dire de cause obscure, ne commencent guère qu'à 45 ans et atteignent leur plus grande fréquence entre 60 et 70 ans. J. B.

Digitized by Google

Vorlaüfige Mittheilung über die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei Netzhautablösung (Communication sur les altérations anatomo-pathologiques qui accompagnent le décollement de la rétine), par NORDENSON (17e *Congrès d'Ophth. Heidelberg*, 1885).

L'auteur a fait porter ses recherches sur des yeux atteints de décollement de la rétine, à la suite de myopie, de tumeurs choroïdiennes et de rétinite albuminurique. Préalablement les yeux furent placés dans le liquide de Müller et l'alcool; après un séjour dans la celloïdine, on les plaça dans la glycérine ou le baume de Damar; de cette façon, les fibrilles du corps vitré deviennent facilement apparentes.

Trois yeux de myopes, atteints de décollements, montrèrent une dégénérescence fibrillaire du vitreum, ainsi que sa rétraction et son décollement partiel; en même temps, le corps vitré adhérait en partie à la face nterne de la rétine décollée; enfin, les trois yeux permirent de découvrir une perforation de la rétine, déjà diagnostiquée sur le vivant. Consécutivement à la rétraction du corps vitré, la zonule, les procès ciliaires et les insertions iriennes étaient attirés en arrière, et la chambre antérieure était devenue plus profonde.

Dans les yeux atteints de tumeurs choroïdiennes, il faut seulement noter la rétraction et le décollement du vitreum et son apparence fibrillaire.

Mêmes désordres dans la rétinite albuminurique. ROHMER.

On the pathological changes in syphilitic choroïditis and retinitis (Lésions de la choroïdite et de la rétinite syphilitique), par NETTLESHIP (*Roy. Lond. Ophth. Hospital Reports*, *XI*, 1).

La choroïdite et la rétinite syphilitiques, qui le plus souvent se développent simultanément, peuvent avoir une existence indépendante, ou sur un même œil avoir des sièges différents, la macula pour la choroïdite, la région papillaire pour la rétinite. Les altérations chroïdiennes se développent dans l'épaisseur même de cette membrane et non à la surface. On rencontre des agglomérations cellulaires et des épanchements interstitiels dans le chorio-capillaire, ayant peu de tendance à faire saillie vers les autres membranes, mais s'étendant plutôt en nappe, c'est là un des signes distinctifs avec la tuberculose de la choroïde qui envahit les couches profondes, pendant que son centre se ramollit. Sans avoir pu observer les divers degrés de transformation entre la période aiguë et la période atrophique, Nettleship a pu reconnaître que dans la dernière période tous les éléments étaient sébacés. Pour la rétine, les lésions sont plus diffuses encore; on trouve un épaississement très marqué de toutes les couches de la rétine, mais surtout de la couche des fibres nerveuses; c'est à ce niveau que l'on rencontre les agglomérations pigmentaires. Les altérations portent aussi sur les vaisseaux, dont les tuniques sont épaissies et la lumière souvent bouchée. Les granulations pigmentaires forment des traînées le long de ces vaisseaux, elles pénètrent quelquefois jusqu'au centre de ces artérioles. F. DE LAPERSONNE.

Digitized by Google

I. — Wie verhalten sich einige Glaukom-Symptome zur Drucktheorie (Quels rapports ont avec la théorie de la pression intra-oculaire quelques symptômes du glaucome)?

II. — Ueber die Einwirkung der Mydriatica und Myotica auf der intra-oculären Druck unter physiologischen Verhältnissen (De l'action des mydriatiques et des myotiques sur la pression intra-oculaire à l'état physiologique), par PFLÜGER (17e *Cong. d'opth. Heidelberg*, 1885).

I. — Le halo glaucomateux est généralement regardé comme symptomatique de l'atrophie par pression intra-oculaire. Mauthner est le seul à prétendre qu'il ne s'agit pas là d'une atrophie primitive, mais secondaire et résultant d'un exsudat situé entre la rétine et la choroïde. C'est qu'en effet Pflüger lui-même a observé un cas, et il en montre le dessin, dans lequel le halo proéminait manifestement sur la rétine environnante; au niveau des vaisseaux, on voit très bien la saillie de couleur jaunâtre, graisseuse, recouvrant la choroïde et la sclérotique; de plus, il y a de l'œdème de la rétine; l'artère nasale supérieure est interrompue par places. Quatorze mois plus tard, chez ce même malade, la saillie du halo était bien moindre, et on voyait au travers les détails de la choroïde et de la sclérotique. La papille aussi était moins infiltrée, son excavation moindre; Pflüger pense que, dans les cas de glaucome commençant, il faut tenir compte, pour apprécier la profondeur de l'excavation, de la saillie que fait le halo, et qui fait paraître l'excavation plus profonde.

Deux examens anatomiques (cas de Hjöring et celui de Haab) permettent de déterminer histologiquement la nature du halo. Dans les deux cas, on a trouvé un exsudat entre la rétine et la choroïde, surtout prononcé autour de la papille, et s'étendant plus ou moins loin; dans l'un des cas, l'exsudat existait même à la surface interne de la rétine.

Le second point sur lequel insiste Pflüger a trait à des particularités périmétriques, encore peu observées ou même inconnues: ce sont le scotome, le scotome paracentral, le champ visuel zonulaire, ainsi que les altérations des limites du champ visuel dans le scotome. Pflüger a vu chez le malade dont il a montré le halo tout à l'heure, à gauche, un scotome échancrant d'abord le champ visuel en haut, et, en même temps, apparaître un scotome central hémiopique de 15° de diamètre. Puis le scotome apparaît aussi à l'œil droit; il disparaît peu à peu à gauche; plus tard, les limites du champ visuel deviennent irrégulières, mais les scotomes ont disparu. Puis, plus tard, l'œil gauche étant normal, on voit qu'à l'œil droit toute la moitié supérieure du périmètre fait défaut; à la partie inférieure, on trouve un champ visuel zonulaire, d'aspect spécial, non encore observé jusqu'ici dans le glaucome. En dehors, suivant le méridien horizontal, les limites ne vont que jusqu'à 3° du point de fixation, pour reparaître de nouveau à 35°. La partie supérieure *négative* du périmètre envoie en bas, vers la partie *positive*, un prolongement de 20 à 30° de large. Les couleurs sont perçues en deux points du champ visuel. Quelques jours plus tard, le périmètre, contrôlé de nouveau, avait une forme presque zonulaire.

Pflüger a encore observé, dans l'espace d'un an, deux autres cas, dans

Digitized by Google

lesquels le scotome n'affectait aucune forme déterminée, passant par des périodes diverses, apparaissant, disparaissant, pour reparaître de nouveau sous un autre aspect.

De même que le scotome, les limites du champ visuel changent de même, se rétrécissant pour s'élargir de nouveau et s'échancrer un peu plus loin.

Il faut donc admettre avec Bunge que, dans le glaucome, le scotome paracentral est beaucoup plus fréquent qu'on ne l'a cru jusqu'ici. Quant à admettre, comme Bunge, que le scotome est sous la dépendance de la pression intra-oculaire, qui agit tantôt sur un point, tantôt sur un autre, cela est impossible, et les différents degrés de la pression intra-oculaire, qui ne sont pas toujours en rapport avec le degré de conservation de l'acuité visuelle, ne permettent pas non plus d'expliquer l'apparition du scotome par la pression que subit la surface interne de l'œil. Pflüger admet que seul un exsudat séreux situé entre la rétine et la choroïde peut faire comprendre les diverses variétés de scotome, apparaissant sans grande augmentation de la pression intra-oculaire et sans excavation de la papille.

II. — Pflüger communique ensuite les résultats qu'il a obtenus en expérimentant sur la pression intra-oculaire sous l'influence des mydriatiques ou myotiques. L'atropine n'a jamais augmenté la pression intra-oculaire, au moins dans un œil normal. Mêmes résultats pour l'ésérine et la pilocarpine. Avec la cocaïne, on a trouvé deux types; dans l'un, le type habituel, le mercure est d'abord monté, puis descendu dans le manomètre; dans l'autre, la diminution de pression est immédiate et permanente. ROHMER.

Experimentelle Untersuchungen über intraocularen Druck (Recherches expérimentales sur la pression intra-oculaire), par HÖLTZKE (17e *Cong. d'ophth.*, *Heidelberg*, 1885).

De ses expériences, il résulte que les variations de pression intra-oculaire sont, à l'état normal, toujours sous la dépendance de la pression sanguine; les myotiques, en rétrécissant la pupille, élargissent le courant sanguin et font baisser la pression; les mydriatiques produisent l'effet contraire, en provoquant une plus grande transsudation lymphatique dans l'œil.

Dans un cas de glaucome, l'auteur, en appliquant son manomètre à la chambre antérieure, a pu constater que la pression intra-oculaire s'élevait à 72 millimètres de mercure. ROHMER.

Ueber Regenbogensehen bei Glaucom (La vue des couleurs de l'arc-en-ciel dans le glaucome), par HIRSCHBERG (*Deutsche med. Woch.*, *p.* 33, 1886).

Les sujets atteints de glaucome voient la flamme du gaz ou la flamme d'une bougie entourée d'une zone sombre, autour de laquelle est un cercle vert, puis un rouge. L'auteur a noté le phénomène à la période prodromique du glaucome aigu chez quatre sujets.

Ce phénomène survient aussi chez des individus jeunes encore tout à fait sains, mais issus de glaucomateux. Il peut être consécutif à la dilatation artificielle de la pupille. Il a été noté dans les opacités de la cornée, dans la kératite ponctuée et même dans la conjonctivite.

Digitized by Google

Un des sujets observés par l'auteur voit un cercle rouge autour de la zone sombre, puis un violet, un vert, un rouge. Chez un autre il y a une zone rouge autour de la flamme, puis des cercles rouge, bleu, vert, rouge. L. GALLIARD.

Ueber die Genese des Glaukoms, par STILLING (17e *Congrès d'ophth. Heidelberg*, 1885).

Après avoir rejeté, comme non démonstratives, les expériences faites par des injections intra-oculaires de ferrocyanure de potassium, dans le but de démontrer les voies d'excrétion du corps vitré, l'auteur rejette toute démonstration d'expérimentations physiologiques, pour s'en tenir uniquement aux recherches anatomiques. Même les injections intra-oculaires de fluorescéine, d'après lui, ne seraient pas plus démonstratives, parce que la coloration verdâtre n'apparaît qu'après imprégnation de tout l'organisme à travers le sang.

D'après les recherches de Stilling, les voies de filtration postérieures de l'œil seraient surtout le canal central communiquant avec la gaine lymphatique du nerf optique et certaines voies lymphatiques périphériques, en particulier, un espace situé entre l'épithélium pigmentaire de la choroïde et la rétine. Le glaucome ne serait donc qu'une augmentation de pression intra-oculaire due au manque de filtration; on l'observe surtout sur les yeux des vieillards et chez certains individus plus jeunes dont les yeux, par leur structure, se rapprocheraient des yeux des vieillards, c'est-à-dire ayant subi une véritable sclérose. Stilling croit même avoir trouvé des voies de filtration supplémentaires et compensatrices, dont le fonctionnement expliquerait le calme momentané de l'affection glaucomateuse. En résumé, le glaucome ne serait pas dû à une hypersécrétion des liquides, mais simplement à la difficulté d'excrétion ou de filtration des liquides secrétés en quantité normale. ROHMER.

Ueber den Halo glaucomatosus, nebst Bemerkungen über pathologische Befunde beim Glaukom überhaupt (A propos du halo glaucomateux. Remarques sur l'anatomie pathologique du glaucome en général), par KUHNT (17e *Cong. d'ophth. Heidelberg*, 1885).

Jusqu'alors, on n'était pas d'accord sur la nature véritable et l'existence du halo glaucomateux; rien que pour sa couleur, les uns l'ont vue jaunâtre, jaune, gris jaunâtre; les autres blanc grisâtre; plus récemment, Dobrowolsky l'a vue de couleur rouge, ou mieux rouge sale.

Dans les deux examens anatomiques pratiqués jusqu'à ce jour (Schweigger et l'auteur), on a trouvé autour de la papille excavée une zone choroïdienne atrophiée; mais comme l'examen ophtalmoscopique n'avait pas été préalablement pratiqué, il est difficile de dire si le halo correspondait à l'atrophie, ou bien si cette dernière n'était pas simplement d'origine sénile, trouvée par hasard dans un œil glaucomateux.

Deux opinions essentielles se partagent aujourd'hui la prétention d'expliquer la nature du halo glaucomateux. Pour von Arlt, il est la conséquence de l'augmentation de tension intra-oculaire, laquelle atrophie et amincit la choroïde autour de la papille. Pour Maunthner, il s'agirait d'un exsudat siégeant entre la choroïde et la rétine, et dont la disparition donnerait lieu à une atrophie.

Digitized by Google

L'auteur a pu résoudre la question par l'examen anatomique de deux cas :

Dans l'un, il s'agit d'une femme de 62 ans, atteinte de glaucome chronique datant de 8 mois, chez laquelle on voyait autour de la papille une excavation glaucomateuse, à bords nets, dont le fond pouvait être aperçu avec un verre concave de 4 dioptries ; la couleur est d'un jaune très prononcé. Autour de la papille, il y a une zone grisâtre circulaire, égale partout et mesurant environ 1/5 du diamètre de la papille. L'œil fut énucléé. Après durcissement dans le liquide de Müller et l'alcool, on trouva autour de la papille totalement excavée, et correspondant probablement au halo, une atrophie choroïdienne, tandis que tout autour cette membrane était saine. La partie de rétine correspondante à l'atrophie est très amincie à cause de la disparition totale des éléments nerveux. Le fond de l'excavation est recouvert par un exsudat coagulé, homogène et peu abondant.

Chez un autre malade de 60 ans, amaurotique, on trouve, à côté d'autres symptômes du glaucome, une profonde excavation glaucomateuse du nerf optique. A son bord interne, les vaisseaux sont comme brisés. Le fond a un aspect blanc grisâtre et la lamina cribrosa ne peut nullement être reconnue. Autour de la papille, et séparée d'elle par un cercle scléral très étroit, se trouve une zone grise plus blanchâtre, étroite, et assez peu développée au dehors,

Quelques jours plus tard, ce halo grisâtre avait pris une couleur rouge intense, avec des prolongements vers le côté temporal; en dedans du halo, les vaisseaux paraissent comme voilés. L'œil ayant été énucléé, l'examen anatomique permit de constater que le halo rougeâtre est dû exclusivement à une infiltration inflammatoire de la choroïde : les parties coloriées en jaune sur le bord du halo sont produites par un exsudat siégeant entre la choroïde et la rétine, et dans l'épaisseur même de cette dernière.

La teinte du halo variera donc du jaune au rouge, suivant que l'exsudat sera plus ou moins abondant.

Il existe encore dans le glaucome d'autres altérations anatomiques sur lesquelles Kuhnt insiste : ainsi, du côté des vaisseaux, on a toujours trouvé une endartérite, accompagnée souvent d'oblitération de l'artère, quelquefois une méso- ou péri-artérite, ainsi qu'une périphlébite. Très souvent on a trouvé un amincissement et une atrophie partielle de l'uvée, surtout sur la choroïde, plus rarement sur le corps ciliaire, et moins souvent encore sur l'iris. L'amincissement de la choroïde peut être tel, que cette membrane se trouve réduite simplement à la couche des capillaires et des petits vaisseaux. L'atrophie choroïdienne est surtout prononcée à la partie antérieure, plus rare vers l'équateur, et assez fréquente vers la papille.

Quant aux rapports entre la choroïde et la sclérotique, on a vu ces deux membranes séparées l'une de l'autre de 3, 4 et 5 millimètres ; mais par contre, dans quelques cas, il y a des adhérences plus ou moins étendues entre les deux.

Au niveau de la papille, on voit le tissu conjonctif de la lamina hypertrophié à un degré extrême, de sorte que les ouvertures pour le passage des fibres nerveuses sont souvent extrêmement réduites, quelquefois même elles ont disparu.

Comme conclusion, l'auteur pense que ce sont les altérations vasculaires qui sont le point de départ du glaucome. Proportionnellement avec ces altérations, on voit aussi se modifier la quantité et la qualité de la lymphe sortie de la circulation sanguine. Lorsque cette lymphe a acquis un certain degré d'altération chimique, elle produit une irritation de

Digitized by Google

l'épithélium qui tapisse les orifices d'écoulement de l'œil, d'où naturellement une oblitération qui peut porter sur tout l'œil, ou seulement sur les parties antérieure ou postérieure. ROHMER.

Sur la pathogénèse de l'ophtalmie sympathique, par DEUTSCHMANN (*Archiv f. Ophth., XXXI, Abth. II*, 1885).

Après avoir rappelé ses travaux antérieurs sur la question, Deutschmann rapporte plusieurs observations d'irido-cyclites suppurées, dans le pus desquelles il a trouvé des cocci et des diplococci ; l'énucléation, faite à temps, n'a pas permis à l'ophtalmie sympathique de se produire. Dans une autre série de cas semblables, où l'intervention chirurgicale fut faite beaucoup plus tardivement, la sympathie sur l'œil opposé se traduisit toujours par une névro-rétinite très facile à diagnostiquer à l'ophtalmoscope. Dans tous les yeux énucléés, on a trouvé les staphylococci albus et aureus de Rosenbach. Cependant Deutschmann ne croit pas que la seule présence de cette variété de micro-organisme suffise pour donner lieu à l'ophtalmie sympathique, mais il pense plutôt que celle-ci est due à un organisme spécial qui diffère des précédents.

Du reste, pour montrer que c'est bien l'inflammation septique qui est l'origine de l'ophtalmie sympathique, Deutschmann, expérimentant sur des lapins, a inoculé dans la chambre postérieure d'un œil du pus pris sur un œil énucléé dans les circonstances précédemment rappelées. Bientôt survint dans l'œil inoculé une inflammation suppurative, et cinq semaines plus tard l'œil du côté opposé était pris à son tour de névro-rétinite nettement caractérisée ; la culture des organismes trouvés dans l'œil inoculé et transplantés sur un second animal n'a pas cette fois donné de résultats probants.

La clinique, du reste, est venue à l'appui de l'expérimentation, pour prouver la réalité de la théorie imaginée par Deutschmann. Un individu, à la suite d'un traumatisme de l'œil droit, est pris d'irido-cyclite suppurée ; après avoir essayé en vain un traitement conservateur, on est obligé d'en venir à l'énucléation. Pendant l'extraction du globe de la cavité orbitaire, on sectionna le nerf optique bien en deçà de son insertion sur l'œil, de sorte qu'il resta tout entier en place, ainsi que la papille et les membranes oculaires y attenantes.

Les liquides intra-oculaires se répandirent naturellement sur la plaie orbitaire ; on fit des lavages au sublimé ; mais, trois mois après la guérison de la plaie opératoire, une névro-rétinite se déclara sur l'œil restant du côté opposé, et ne céda que sous l'influence d'un traitement médical extrêmement énergique. D'après Deutschmann, ce serait une névrite infectieuse partie du moignon nerveux, incomplètement extirpé, qui aurait provoqué les désordres inflammatoires sur l'œil du côté opposé (?). ROHMER.

Sur le traitement chirurgical de l'ophtalmie sympathique, par ROHMER (*Rev. méd. de l'Est, p.* 357, 15 *juin* 1885).

D'après Rohmer, l'exentération ne peut enrayer d'une façon absolue la continuation et la transmission des phénomènes sympathiques ; il en est de même de l'énervation et de la staphylotomie.

Digitized by Google

L'énucléation est encore l'opération chirurgicale qui mérite le plus de confiance pour arrêter les accidents de l'ophthalmie sympathique.

P. PARISOT.

L'opération de Badal, par LAGRANGE (*Arch. d'ophtalmologie, VI, n° 1, p. 13, n° 3, p. 203*).

L'arrachement du nerf nasal externe est aujourd'hui une opération adoptée par un grand nombre de chirurgiens. Il agit surtout sur l'élément douleur, et c'est pour cette raison que ce filet, relativement grêle, a été choisi à cause de la relation directe avec le ganglion ophtalmique, véritable centre de sensibilité de l'œil. Après avoir décrit le manuel opératoire, qui est des plus simples, les conséquences directes de l'opération, Lagrange étudie les résultats cliniques dans les trois indications principales : 1° la névralgie de la branche ophtalmique de Willis; 2° le glaucome; 3° les douleurs ciliaires aiguës et chroniques. Ces résultats sont appuyés sur 81 observations. Il conclut que dans les cas de névralgies, l'arrachement du nasal donne les meilleurs résultats; dans le glaucome aigu, l'opération de Badal abaisse presque toujours la tension, supprime les douleurs et donne souvent la guérison définitive; les effets sont plus incertains dans le glaucome chronique. Enfin, dans les douleurs ciliaires aiguës (irido-cyclite traumatique, enclavement de l'iris, etc.), l'opération dispensera souvent d'une énucléation devenue nécessaire.

F. DE LAPERSONNE.

Sur quelques particularités de la névrite optique des tumeurs cérébrales, par ABADIE (*Union médicale, 25 mai 1886*).

L'auteur insiste sur les analogies d'aspect que peut présenter le fond de l'œil dans les cas de rétinite albuminurique et de névrite optique liée à des tumeurs cérébrales. La névrite typique décrite par de Graefe peut parfois s'accompagner de rétinite diffuse péripapillaire avec exsudats circonscrits blanchâtres, brillants, qui peuvent faire penser à une rétinite albuminurique; inversement, dans les rétinites albuminuriques, on peut observer, en outre, une véritable inflammation de la papille; ainsi dans la rétinite c'est toujours sur la papille que les altérations sont prédominantes, et les autres exsudats sont disséminés sans ordre; dans la rétinite, au contraire, la configuration étoilée de la région maculaire est constante, l'inflammation de la papille reste au second plan. H. L.

Ueber Erkrankung der Macula lutea der Netzhaut (Des affections de la tache jaune rétinienne), par HAAB (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n° 19, p. 476, 1er octobre 1885*).

On connaît les affections de la tache jaune si communes dans la myopie, assez fréquentes dans la choroïdite, très rares dans la rétinite syphilitique. On observe également des scotomes positifs à la suite de l'éblouissement produit sur l'œil par la lumière solaire contemplée directement.

A toutes ces causes d'affection de la tache jaune, Haab en ajoute 3 catégories non encore signalées.

A. La maladie de la macula peut être occasionnée par des traumatismes agissant de façons très diverses : a) une contusion du globe ocu-

Digitized by Google

laire peut entraîner, pendant 2 ou 3 jours, un trouble laiteux de toute la région maculaire avec ou sans le trouble rétinien simultané de Berlin ; *b*) des corps étrangers du corps vitré peuvent produire une altération de la macula; *c*) des déchirures ou des hémorragies de la choroïde au voisinage de la tache jaune.

B. L'affection de la tache jaune peut se développer spontanément des deux côtés chez les vieillards ayant d'ailleurs les yeux sains. Bien que l'altération soit insignifiante, le trouble visuel est considérable et le pronostic fâcheux. Dans le cours de la maladie, il se forme parfois des taches pigmentées ou au contraire claires au niveau de la région maculaire ; les taches claires tiennent à une atrophie de l'épithélium pigmenté.

C. On rencontre parfois chez des individus jeunes, robustes, ayant des yeux normaux, une affection isolée de la tache jaune ne donnant lieu qu'à un trouble modéré de la vision. Il s'agit ici de taches extrêmement petites difficilement visibles même à l'image droite, de couleur jaune ou jaune rougeâtre, quelquefois au nombre de 2 ou 3 seulement, disséminées ou confluentes; Haab n'a pu déceler la cause de cette affection; en tout cas il n'y a pas à incriminer la syphilis congénitale.

En résumé, la tache jaune présente une plus grande vulnérabilité que le reste de la rétine et peut être lésée par des causes qui laissent intacte celle-là. J. B.

Ueber Sehnervengeschwülste (Des tumeurs du nerf optique), par A. VOSSIUS (*Berliner klinische Wochens.*, *n*° 13, *p.* 199, 30 *mars* 1885).

Jeune fille de 19 ans, sans antécédents morbides et ayant toujours eu une bonne vue. Il y a quatre jours seulement, quelqu'un de son entourage lui a dit que son œil gauche était plus volumineux que le droit et avait une pupille plus largement ouverte. Elle n'a pas reçu de coup sur l'œil.

Le globe oculaire gauche dépasse en avant le droit de 1 centimètre; il est impossible de le replacer dans l'orbite. Le doigt introduit entre le rebord orbitaire et le globe n'a d'autre sensation qu'une résistance diffuse. Le globe oculaire est en outre un peu tourné en dehors et en bas ; ses mouvements ne sont bornés qu'en haut. Toutes les membranes de l'œil sont saines. La pupille est dilatée et paresseuse. La vision est très affaiblie, et il existe un rétrécissement considérable du champ visuel. A l'ophtalmoscope, œdème de la papille. Ni pulsations ni bruits stéthoscopiques à l'auscultation du globe. Absence de douleurs et de fièvre.

L'exophtalmie offrit des variations d'intensité, mais la vue baissa de plus en plus ; l'ophtalmoscope fit bientôt reconnaître une atrophie du nerf optique et l'amaurose devint absolue. A ce moment, c'est-à-dire un an après le début, après que la malade fut anesthésiée, on put sentir en arrière du bulbe une tumeur cylindrique à surface lisse.

Extirpation avec énucléation du bulbe par Jacobson. La tumeur, qui avait une longueur de 37 millimètres, commençait immédiatement derrière le globe oculaire et se prolongeait jusqu'au trou optique; elle avait la forme d'une saucisse et était enveloppée par la gaine de dure-mère intacte, mais fort amincie par places ; à sa surface, elle offrait quelques sillons d'étranglement ; sa consistance était molle; au niveau du trou optique, elle avait une épaisseur triple ou quadruple de celle du nerf normal. Sur la face extérieure de la tumeur, se trouvaient, parfaitement intacts, le ganglion ciliaire, ses trois racines et les cinq nerfs ciliaires. Il s'agissait d'un myxosarcome. Guérison.

Les tumeurs primitives du nerf optique sont fort rares. En vingt ans,

Digitized by Google

sur un chiffre d'environ 48,000 malades atteints d'affections oculaires, le cas ci-dessus est le premier qu'ait vu Jacobson.

Dans la littérature médicale, Vossius en a relevé 42 observations, parmi lesquelles on compte 32 sarcomes, myxosarcomes, fibrosarcomes ou gliosarcomes et 7 fibromes; les 3 restants sont un endothéliome (Alt), un psammome (Dusaussay) et un cancroïde squirrheux (Szokalski). Quant aux névromes, on n'en connaît pas d'exemple.

Dans les tumeurs sarcomateuses du nerf optique, à côté des cellules rondes ou fusiformes, on en rencontre munies de prolongements multiples souvent très considérables et offrant parfois des renflements variqueux, comme des tubes nerveux dégénérés, et renfermant un contenu grumeleux ou en gouttelettes; les réactifs chimiques permettent de reconnaître qu'il ne s'agit ni de myéline, ni de masses amyloïdes ou calcaires, mais bien de ces gouttes colloïdes si fréquentes dans les myxomes, et qui servent peut-être à la nutrition des cellules. La longueur des prolongements cellulaires s'explique parce que, bridées par les gaines du nerf, les cellules ne peuvent s'accroître qu'en longueur.

La gaine externe du nerf optique se prolonge toujours intacte sur la tumeur, à la composition de laquelle prennent part surtout la gaine interne, le tissu placé entre les deux gaines et le tissu conjonctif interstitiel du tronc nerveux. Le nerf optique se présente sous des aspects variés: tantôt il passe plus ou moins au centre de la tumeur; tantôt il disparaît entièrement au milieu de la tumeur et l'on ne le reconnait plus qu'au voisinage du globe; tantôt il forme en avant et en arrière de la tumeur un cordon grêle. Les fibres nerveuses sont ou atrophiées ou simplement écartées par le tissu morbide.

La consistance de ces tumeurs varie de même que leur volume, qui oscille entre celui d'une noix et celui d'un petit œuf de poule. La tumeur a très souvent la forme d'un cornet de postillon, parfois d'une poire.

Le plus souvent l'affection est unilatérale. Les tumeurs du nerf optique s'observent surtout dans l'enfance et à partir de quarante ans; elles ne sont pas héréditaires, mais assez souvent congénitales. Parmi les causes occasionnelles, la plus fréquente est un traumatisme. Le symptôme le plus caractéristique est une exophtalmie, qui progresse lentement et sans douleurs. Un autre signe important pour le diagnostic différentiel dans les tumeurs malignes de l'orbite est la conservation de la mobilité du globe oculaire. Enfin, un troisième symptôme important est l'amaurose précoce. Lorsque l'exophtalmie est très considérable et que les paupières ne peuvent plus se fermer, il peut survenir une kératite traumatique entraînant l'atrophie de l'œil. En somme, les tumeurs du nerf optique sont bénignes et ne récidivent guère. Deux fois elles ont entraîné la mort au bout de plusieurs années en se propageant au cerveau: six opérés ont succombé rapidement à une méningite suppurée de la base (*R. S. M.*, X, 259). J. B.

Flimmerscoton (Du scotome scintillant), par HAAB (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte, XIV, n° 16, p. 407*).

Haab croit qu'il faut chercher le siège de ce phénomène subjectif de la vision dans l'écorce cérébrale; c'est probablement un trouble vaso-

Digitized by Google

moteur de la pointe du lobe occipital et du pourtour du sillon de l'hippocampe, centre du nerf optique.

A l'appui de cette hypothèse, il relate l'observation d'un malade qui, dix-huit mois avant de mourir, eut, durant quelques jours, une hémiopie gauche, et ensuite, pendant plusieurs jours, des papillotages en un point où le champ visuel était en train de se rétablir. Peu à peu, la vision redevint normale, mais le malade succomba à une nouvelle attaque d'apoplexie.

A l'autopsie, la pointe du lobe occipital droit renfermait un vieux kyste apoplectique, de la grosseur d'une noisette, placé immédiatement au-dessous de la substance corticale, mais dans la couronne rayonnante. Ce kyste ne communiquait pas avec la corne postérieure.

Le cerveau ne contenait pas d'autres anciens foyers. J. B.

I. — Ueber Schielmessung (De la mensuration du strabisme), par Cl. du BOIS REYMOND (*Cent. f. prakt. Augenheilk, janv.* 1886).

II. — Beiträge zur Lehre vom Schielen und von der Schieloperation (Contribution à l'étude du strabisme et de la strabotomie), par HIRSCHBERG (*Ibid., janvier* 1886).

I. — L'auteur se sert de l'image que fait sur la cornée de l'œil observé la flamme d'une bougie tenue à égale distance (30 centimètres environ) entre l'observateur et le malade. On fait fixer la flamme par le malade, et l'on tâche qu'elle se réfléchisse exactement sur le centre de la pupille de l'un des yeux, par exemple de l'œil non dévié; pendant ce temps, on note sur quel point de la cornée se réfléchit la flamme sur l'œil dévié. Pour mesurer le degré de déviation, on se sert du périmètre de Förster, disposé comme pour la mesure de l'angle α. Le malade fixe avec l'œil sain le point central du périmètre; puis on promène la bougie le long du cercle gradué jusqu'à ce que l'image vienne se réfléchir exactement sur le centre de la cornée; on lit la graduation, qui indique le degré de déviation.

Lorsque la pupille a $3^{mm},5$ de déviation, on peut admettre les trois ordres suivants :

1° L'image se réfléchit sur la pupille entre 0 et 20°;

2° L'image se fait sur l'iris jusqu'au limbe cornéen de 20 à 45°;

3° Lorsque la flamme se réfléchit irrégulièrement sur la conjonctive sclérale, la déviation mesure plus de 45°.

II. — L'auteur s'est servi de la méthode de du Bois-Reymond pour mesurer la déviation strabique; et, suivant l'intensité de la déviation, il conseille l'intervention plus ou moins compliquée.

1° Lorsque l'image se fait sur la cornée plus près du centre que du bord de la pupille, on peut compter qu'il n'y a que 5 à 6° (moins de 10°) de déviation, et, en général, toute opération est contre-indiquée;

2° Lorsque l'image se réfléchit vers le bord de la pupille moyennement dilatée (3 millimètres), la déviation mesure de 12 à 15°, et il est indiqué de reculer simplement le tendon du muscle qui paraît contracturé;

3° Dans une troisième catégorie, il faut ranger les cas dans lesquels l'image se réfléchit entre le bord pupillaire et le bord de l'iris; la déviation est alors de 25° environ, et il faut faire une opération combinée, c'est-à-dire dans le strabisme interne, je suppose, la ténotomie du droit interne à l'avancement du droit externe;

Digitized by Google

4° La quatrième série embrasse les cas dans lesquels l'image se fait sur le bord de l'iris et du limbe scléro-cornéen ; le strabisme mesure alors 45 à 50° ; il faut faire alors l'opération indiquée dans la catégorie précédente, en l'exagérant le plus qu'on peut, quitte même à faire encore plus tard la section du droit interne sur l'œil sain ;

5° Enfin, les cas extrêmes sont ceux dans lesquels l'image se fait entre le bord cornéen et l'équateur de l'œil; le strabisme mesure alors de 60 à 80° ; l'opération combinée peut, à la rigueur, réussir sur l'œil dévié, à condition que l'avancement soit très fort, sinon il faudra faire sur l'œil non dévié la même opération combinée. ROHMER.

Ueber die ersten Veränderungen der Kurzsichtigen Auges... (Sur les premières modifications de l'œil myope), par WEISS (17e *Cong. d'ophth. Heidelberg*, 1885).

Lorsque à l'examen ophtalmoscopique d'un myope on s'est servi pour corriger la myopie d'un verre concave trop faible, on peut voir, dans le fond de l'œil dont la myopie débute, en dedans, mais surtout en bas et en dedans de la papille, un segment de cercle argenté, qui diminue d'intensité lorsque avec des verres concaves plus forts on accentue les détails du fond de l'œil, jusqu'à disparaître complètement.

L'auteur a examiné 1,094 écoliers à ce point de vue, et il a trouvé le reflet en question chez 415 d'entre eux, c'est-à-dire dans 38 0/0 des cas, qui se décomposent de la façon suivante :

96 fois chez 446 hypermétropes, c'est-à-dire dans 20.6 0/0 des yeux hypermétropes.

116 fois chez 355 emmétropes, c'est-à-dire dans 32.6 0/0 des yeux emmétropes.

203 fois chez 292 myopes, c'est-à-dire dans 69.4 0/0 des yeux myopes.

Outre le chiffre plus considérable en faveur des myopes, on constatait en même temps chez eux toutes les modifications de la papille résultant de l'allongement de l'axe antéro-postérieur de l'œil.

L'auteur attribue cet aspect à l'excavation de la papille produite par un tiraillement exercé par le nerf optique trop court chez les myopes, et consécutivement par un décollement du corps vitré. ROHMER.

Ueber Intoxikations-Amblyopien, par BERGMEISTER (*Soc. méd. de Vienne*, 25 *janvier* 1886).

Parmi les amblyopies toxiques l'auteur étudie celles de l'alcoolisme; Uthhof a déterminé dans deux autopsies ses caractères anatomiques : c'est une altération du nerf optique, une névrite rétrobulbaire chronique. Elle se développe assez rapidement, symétriquement des deux côtés : production d'un nuage jaunâtre, diminution de l'acuité visuelle et de l'accommodation, souvent scotome, au centre du champ visuel.

A l'ophtalmoscope, symptôme caractéristique : le tiers externe de la papille est pâle, anémié, tandis que les deux tiers internes sont rouge sale.

Il est souvent difficile de faire, dans cette amblyopie, la part du tabac, dont l'action toxique s'ajoute si fréquemment à celle de l'alcool.

Digitized by Google

On peut espérer l'arrêt et même l'amélioration des lésions quand l'alcool est supprimé. En cas contraire, l'amblyopie devient complète.

L. GALLIARD.

I. — Cysticerque du corps vitré, par HIRSCHBERG (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 38, *p.* 619, 21 *septembre* 1885).

II. — Extraction de cysticerque du corps vitré, par M. HALTENHOFF (*Revue méd. Suisse romande*, *novembre* 1885).

I. — Cet homme se plaignait depuis quelque mois d'un affaiblissement de la vue du côté gauche. L'examen ophtalmoscopique révéla la présence d'un cysticerque dans le corps vitré et celle d'un autre foyer, de configuration analogue, mais qui, au lieu d'être saillant, était excavé : il s'agissait là du nid primitif du parasite qu'à plusieurs reprises on a faussement pris pour un second cysticerque dont on a même tenté l'extraction. Or, à la connaissance de Hirschberg, on n'a pas encore observé deux cysticerques dans le même œil. L'emplacement original du cysticerque entraîne une lacune définitive du champ visuel.

Le malade d'Hirschberg présentait en même temps des phénomènes cérébraux graves (coma, etc.), faisant songer à l'existence de cysticerques cérébraux.

A la suite de l'opération, la vision a été sensiblement améliorée. J. B.

II. — Haltenhoff a pu observer le parasite depuis l'été 1884 jusqu'en septembre 1885; il flottait dans le corps vitré, montrait son scolex comme les tentacules d'un limaçon et changeait souvent de place en laissant comme trace de son passage une traînée grisâtre d'atrophie choroïdienne; les mouvements violents du malade, comme la danse, le faisaient changer de position; 13 à 14 mois après que le patient eut aperçu pour la première fois son parasite comme une boule sombre, il ne distinguait plus que les mouvements de la main. M. Haltenhoff opéra heureusement l'extraction du cysticerque, le 17 septembre 1885, par la méthode de l'incision scléroticale, sans endormir son malade, afin que celui-ci pût le renseigner sur le siège momentané du parasite; un couteau linéaire de 3-4 millimètres servit à faire la ponction sclérale à la région antéro-inférieure et externe du globe oculaire du bord externe du droit inférieur; le cysticerque sortit tout entier avec sa poche crevée. Le 3 novembre, le malade comptait les doigts à $2^m,60$; le 20 décembre, il lit à $0^m,15$ le n° 2 de Snellen.

Ce qui fait l'intérêt de cette communication, c'est que le patient avait en plus un tænia solium, qui pouvait faire croire à une auto-infection; de Graefe n'a trouvé cette coïncidence que dans 5 cas sur 80 cysticerques de l'œil. A. de Graefe, sur 24 cas semblables, compte 16 succès, et parmi les 8 cas où il échoua, 7 concernent des cysticerques flottant dans le vitreum. Cohn dit cependant que l'opération n'a pas plus de difficulté, que le parasite soit sous-rétinien ou dans le corps vitré.

F. DE LAPERSONNE.

L'iodol en thérapeutique oculaire, par TROUSSEAU (*Union médic.*, 22 *mai* 1886).

L'auteur a employé ce produit soit en pommade (iodol 2, vaseline 10), soit en solution (iodol 3, alcool 35, glycérine 62); il conclut de ses recherches que l'iodol peut, dans certains cas, remplacer l'iodoforme, dont il n'a pas la mauvaise odeur; il est facilement toléré par l'œil; il améliore ou guérit les blépharites ulcéreuses, les conjonctivites chroniques, certaines kératites vasculaires; il est très efficace dans les conjonctivites

Digitized by Google

et les kératites phlycténulaires et dans les ulcères torpides de la cornée ; il modifie avantageusement les granulations. H. L.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES

Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne, par E.-J. MOURE (*In-12. Paris*, 1886).

En rédigeant ce petit traité des affections du nez et du pharynx, Moure n'a pas eu d'autre prétention que de coordonner les notions pratiques nécessaires à tout médecin. C'est un simple manuel, très complet, au courant des recherches les plus récentes; mais on y chercherait en vain les discussions théoriques, les longues questions d'historique. Une description sommaire, claire et précise, de l'affection, les causes variées qui peuvent lui donner naissance et la méthode thérapeutique la plus efficace, tel est, en substance, le cadre de chaque chapitre.

Je me bornerai à relever quelques opinions personnelles à l'auteur, au cours de ces descriptions : à propos du coryza des foins, Moure dit avoir constaté plusieurs fois l'apparition de névralgies extrêmement intenses et rebelles quand on avait pu empêcher l'accès du coryza.

Pour la rhinite atrophique, Moure considère la théorie de Zaufal comme insuffisante ; l'élargissement des cavités du nez, l'atrophie des cornets, facilitent la rétention des sécrétions et partant leur décomposition, mais elles ne sont pas le point de départ de la maladie ; il faut autre chose, une inflammation quelconque, bacillaire ou autre. Il ajoute, au point de vue de la curabilité de l'ozène, que les cavités du nez, très larges et spacieuses au début, lui ont semblé, après traitement, reprendre peu à peu leur volume normal par une sorte de régénération des parties atrophiées.

Un court préambule, bien clair, bien suffisant sur l'anatomie, la rhinoscopie, les moyens d'examen, précède la partie clinique : un certain nombre de gravures complète les indications de l'auteur. C'est en somme un ouvrage qui répond bien à son titre et à son but. A. CARTAZ.

Des troubles de la voix articulée (parole) dans les affections du voile du palais, de la cavité naso-pharyngienne et des fosses nasales, par L. LICHTWITZ (*Rev. mens. de laryngol., janv.-fév.* 1886).

Après un court résumé de la physiologie de la parole, Lichtwitz étudie les troubles causés par les affections ou malformations nasopalatines, ce que Kussmaul appelle la rhinolalie. On doit en distinguer deux formes : rhinolalie close et rhinolalie ouverte.

La *rhinolalie close* consiste en ce que les fosses ou les arrière-fosses nasales restent fermées alors qu'elles devraient être ouvertes. L'occlusion peut exister sans déformation du passage, sans diminution de calibre. Dans ce cas, c'est seulement l'articulation des sons nasaux *m*, *n*, qui est modifiée.

Digitized by Google

Si l'occlusion s'accompagne au contraire de diminution de calibre, il se joint au défaut d'articulation des nasales un trouble de résonance plus ou moins marqué pour toutes les lettres de l'alphabet, la voix a un timbre sourd et éteint (végétations adénoïdes, polypes, etc.). Plus l'obstacle siégera en arrière, du côté de la cavité naso-pharyngienne, plus la voix sera étouffée.

Dans la rhinolalie ouverte, les cavités nasales restent en communication avec la cavité pharyngienne, alors qu'elles devraient en être séparées, par l'action du voile du palais. Ce résultat vicieux s'observe dans les pertes de substance congénitales et acquises, les paralysies, les œdèmes et infiltrations, l'atrophie du voile et certains troubles mécaniques de la motilité dus à la présence de tumeurs, de mucosités.

Dans ces conditions, c'est la prononciation des consonnes explosives, *b*, *g*, *d*, qui est défectueuse; il y a de plus une résonance exagérée des voyelles.

On peut donc, d'après les seules modifications de la voix articulée, déterminer le siège de la lésion et compléter ainsi le diagnostic dans les cas difficiles. Lichtwitz publie six observations où l'étude de l'articulation a été soigneusement notée et qui confirment les données de ce travail.

A. CARTAZ.

Pneumoniekokken in der Nase, par THOST (*Deutsche med. Woch.* n° 11, *p.* 161, 1886).

Sur 17 cas d'ozène, l'auteur a trouvé 12 fois les cocci encapsulés de Friedländer. Il les a retrouvés aussi dans les sécrétions du coryza simple et de diverses rhinites chroniques.

Les cultures pures ont montré la parfaite analogie de ces cocci avec ceux de la pneumonie, d'abord au point de vue de l'aspect dans la gélatine. Ensuite l'injection de ces cultures à des souris et à des cobayes a provoqué des pneumonies avec micrococci caractéristiques dans les poumons.

Cette analogie a déjà été signalée par Klamann. Frisch a répété les expériences de Thost et obtenu les mêmes résultats.

Par la double coloration à la fuchsine et au bleu de méthyle, on obtient le coccus en rouge et la capsule en bleu. L. GALLIARD.

Ueber Bedeutung und Behandlung der Naseneiterungen (Nature et traitement des suppurations nasales), par ZIEM (*Monatschr. für Ohrenh.* 2, 3, 4, 1886).

Si cette affection est difficile à guérir, c'est qu'on la considère à tort comme une lésion diffuse, alors qu'elle est le plus souvent localisée dans des foyers qui sont les sinus, que l'écoulement soit simple ou fétide.

Ainsi, dans 7 cas de blennorrée fétide observés par Ziem et dans lesquels le malade accepta l'ouverture du sinus maxillaire par le processus alvéolaire ou la fosse canine, il existait 7 fois une suppuration de cette cavité, 3 fois unilatérale, 2 fois bilatérale.

Chez 20 individus atteints de blennorrée simple, l'antre fut ouvert 32 fois. 22 fois on trouvait du pus, 8 fois il n'y en avait pas, chez 6 malades d'un seul côté, chez 1 des deux côtés. Chez le huitième malade, on ne peut porter de jugement définitif, car l'injection ne fut pas pour-

Digitized by Google

suivie. Ce n'est pas toujours le premier jet qui fait apparaître le pus, souvent il faut d'abord chasser un bouchon qui oblitère l'orifice d'Highmore. En résumé, chez 23 individus atteints de blennorrée, il a ouvert 87 fois l'antre d'Highmore et il a trouvé du pus 29 fois, c'est-à-dire dans 78 0/0 des cas. L'auteur reconnaît que le nombre des cas négatifs aurait été encore plus faible, s'il n'avait pas ouvert le sinus maxillaire dans des cas de gonflement simple de la muqueuse où la suppuration n'était pas suffisamment prouvée. Dans 4 cas, il y avait cependant sécrétion considérable; on devait admettre l'existence d'un foyer, mais situé dans un autre sinus. Ce n'est qu'une expérience prolongée qui pourra établir la proportion des suppurations diffuses de la muqueuse du nez et des suppurations en foyer. Les observations de Schœffer, de Nortmann, etc., sont déjà concluantes à ce point de vue. Ces lésions en foyer s'expliquent facilement : elles sont dues à un coryza diffus qui guérit; les sinus frontaux et les cellules ethmoïdales qui ont leur orifice inférieurement placé guérissent aussi, mais les sinus maxillaires et sphénoïdaux sont dans une situation défavorable par suite de la position de leur orifice, en haut d'une de leurs parois latérales. Parmi les symptômes de l'empyème du sinus maxillaire, on mentionne la saillie de la mâchoire. Ce symptôme n'a jamais été observé par Ziem, qui fait remarquer que, depuis Giraldès, les auteurs indiquent que l'empyème a été souvent confondu avec d'autres maladies de la région pouvant entraîner cette conséquence, notamment les kystes. Cependant, si l'écoulement au dehors est arrêté, et s'il y a inflammation vive, la dilatation du sinus peut avoir lieu. D'ailleurs, comme sa capacité est variable, il est difficile de parler de dilatation. Dans 1 cas, chaque irrigation ramenait de 4 à 5 cuillerées à café de pus. Autre observation en opposition avec l'opinion courante : dans plusieurs cas, le côté du sinus malade était plus plat que l'autre, ce qui était dû à un développement moindre de la cavité. Dans d'autres cas où l'opération ne fut pas pratiquée, Z... reconnaissait le côté malade ou principalement malade à l'aplatissement de la face d'un côté. La douleur n'existait que dans quelques cas. Une fois elle n'existait qu'à droite, alors que le pus était aussi abondant des deux côtés. La tuméfaction de la joue existait dans 9 cas à la suite de l'application du galvano-cautère. C'est là un symptôme indirect de suppuration du nez.

Même si tous les symptômes classiques se rencontraient, on ne pourrait encore diagnostiquer la suppuration du sinus maxillaire. C'est ainsi que Rouge vit un malade atteint de nasonnement, de douleur dans les dents supérieures, d'exophtalmie, de strabisme, de surdité et de cécité gauches : le sinus maxillaire était indemne, et l'autopsie révéla la suppuration du sinus sphénoïdal. D'autre part, cette suppuration peut exister, et tous les symptômes manquent. Même la rhinoscopie ne peut donner de renseignements utiles que dans quelques cas; par exemple, quand par la pression on fait sourdre le pus du méat inférieur. On pourra se servir d'autres procédés : examiner à des heures différentes de la journée; donner, après lavage, une douche d'air d'après le procédé de Hartmann ou de Ziem qui fera apparaître du pus là où il n'y en avait plus; donner l'iode à l'intérieur; le coryza iodique, au lieu d'être aqueux, sera purulent; le galvano-cautère appliqué sur la muqueuse exagérera considérablement la suppuration. Ces procédés, il est vrai, n'indiquent pas le siège

Digitized by Google

de la maladie, mais la fréquence des lésions des différents tissus a été indiquée par Zuckerkandl (*Anatomie der Nasenhöhle*, 1882), qui résume ainsi ses recherches à ce sujet : les maladies de la muqueuse nasale se propagent extrêmement souvent aux sinus et surtout au sinus maxillaire. Il n'est pas rare de voir la lésion se localiser à un ou aux deux sinus maxillaires, la cavité nasale elle-même restant normale. Parfois c'est au sinus sphénoïdal; jamais il ne l'a vue limitée aux sinus frontaux, parfois aux cellules ethmoïdales. On est donc en droit de soumettre à un traitement direct la muqueuse des sinus, et principalement des sinus maxillaires, quand une blennorrée nasale a été traitée un certain temps sans résultat, quand la muqueuse du nez n'offre aucune anomalie, quoiqu'il existe un écoulement purulent intermittent ou provoqué par la douche d'air.

Traitement. — Par les orifices naturels. Ce procédé ancien a été appliqué par Hartmann, qui a réséqué pour cela le cornet moyen. Sa méthode ne peut donc être généralement employée. L'orifice de l'antre d'Highmore varie considérablement de dimensions. L'ouverture est, du reste, peu de chose, et le sondage serait plutôt indiqué pour le sinus frontal, dont l'ouverture est une opération assez sérieuse. Pour l'irrigation du sinus sphénoïdal, il faut que le troisième cornet ait été enlevé ou détruit. Le mieux est d'irriguer le sinus maxillaire après l'avoir ouvert. Ziem emploie deux moyens parmi ceux qui ont été proposés : par la fosse canine et par le processus alvéolaire. Puis lavages antiseptiques ou astringents faibles. Les résultats ont été, sur 29 cas dans lesquels on trouvait du pus dans le sinus maxillaire : 6 guérisons, 9 améliorations, 3 statu quo, 3 cas non revus.

Le mérite de Ziem est d'avoir établi que les catarrhes du nez dits incurables étaient toujours des lésions en foyer qu'on méconnaissait et qu'on ne traitait pas convenablement. Lui-même a reconnu que ces lésions de foyer peuvent être des catarrhes propagés à *tous* les sinus, des lésions osseuses consécutives, ou des suppurations consécutives à des affections dentaires. Or, par une malheureuse généralisation, il en est arrivé à ne plus penser qu'aux sinus, et, parmi eux, au sinus maxillaire, de sorte que tout malade atteint de suppuration nasale localisée, fétide ou non, est opéré par ouverture de l'antre d'Highmore. R. CALMETTES.

Zur operativen Behandlung des Empyemes der Highmorshöhle (De l'intervention opératoire dans les suppurations du sinus maxillaire), par MIKULICZ (15e *Congrès des chir. allem.; Cent. f. Chir.*, n° 24, 1886).

La méthode ordinaire qui consiste à ouvrir le sinus maxillaire par un alvéole présente des inconvénients. Il est difficile de maintenir l'ouverture assez longtemps ouverte. Si on y arrive, des parcelles alimentaires pénètrent dans la cavité, s'y putréfient et entretiennent la suppuration. Dans le cas de suppuration du sinus maxillaire, l'ouverture normale dans les fosses nasales est supprimée. Hunter avait proposé de la rétablir. C'est une mauvaise pratique, l'ouverture normale étant mal placée pour l'écoulement du liquide. Mikulicz propose de pratiquer l'ouverture par les fosses nasales, mais au niveau du cornet inférieur. L'opération est facile, parce qu'en ce point la paroi du sinus est mince comme une feuille

Digitized by Google

de papier ; elle est encore facilitée par un instrument spécial que Mikulicz a fait construire chez Leiter à Vienne.

Cette opération a été pratiquée une fois sur le vivant avec plein succès.

PIERRE DELBET.

Ueber Nasenbluten (Mécanisme de l'épistaxis), par KIESSELBACH (*Berlin. klin. Woch., n° 49, p. 817, 7 décembre 1883*).

Ses propres observations (*R. S. M.*, XXVI, 747), confirmatives de celles d'autres médecins, lui ayant montré que les hémorragies nasales avaient leur siège de prédilection à la partie inférieure et antérieure de la cloison osseuse et au centre de la cloison cartilagineuse, Kiesselbach a eu l'idée d'examiner sous le microscope quelle disposition spéciale la muqueuse offrait à ce niveau.

Il a vu que dans la muqueuse de la portion antérieure de la cloison il se trouvait des dilatations capillaires ressemblant complètement aux lacunes du tissu caverneux des cornets inférieurs ; en d'autres points il a distingué des capillaires très dilatés arrivant jusqu'à la membrane basale, et enfin ailleurs un tissu érectile tout à fait analogue à celui de muqueuse des cornets, tandis qu'il n'a jamais rien remarqué d'extraordinaire dans toute la région postérieure de la cloison. J. B.

Un nouveau signe des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, par GRANCHER (*Ann. des mal. de l'oreille, mai 1886*).

Quand on observe un malade affecté de tumeurs adénoïdes du pharynx respirant librement, la bouche ouverte, le malade respire librement ; tous les diamètres s'accroissent, la respiration est costo-diaphragmatique. Si l'on fait alors fermer la bouche, la voie nasale étant insuffisante, le type respiratoire change, et de costo-diaphragmatique devient costal supérieur. En même temps, l'auscultation révèle une respiration incomplète, un murmure vésiculaire obscur, voilé.

Cette anomalie de type de ces troubles respiratoires s'observe dans d'autres affections nasales toutes les fois qu'il existe un degré plus ou moins prononcé d'obstruction (polypes, hypertrophie des cornets, etc.).

A. C.

Ueber chirurgische Behandlung asthmatischer Zustände (De l'asthme nasal et de son traitement chirurgical), par Wilhelm HACK (*Berlin. klin. Woch., n° 21, p. 332, et n° 22, p. 353, 25 mai et 1 juin 1885*).

Hack possède près de 600 observations de malades, chez lesquels il a pu constater l'existence présente ou passée de névroses réflexes d'origine nasale. Parmi elles, c'est la migraine qui est la plus largement représentée (240), et c'est elle aussi qui a fourni la proportion relative la plus considérable de guérisons.

Les névroses réflexes peuvent avoir leur origine dans tous les points des fosses nasales où se trouve normalement du tissu érectile. Leur développement est parfois favorisé par des circonstances purement mécaniques, telles que de petits polypes ou des saillies osseuses de la cloison contre lesquels vient frotter le corps caverneux de la paroi opposée,

Digitized by Google

ou encore des synéchies membraneuses congénitales, relativement fréquentes, qui unissent les corps caverneux et la cloison. Mais ce sont là des faits exceptionnels, et, la plupart du temps, la névrose est sous la dépendance d'une congestion anormale des corps spongieux.

Une muqueuse pituitaire peu gravement malade offre un terrain beaucoup plus favorable à l'apparition de la névrose qu'une muqueuse profondément altérée, hypertrophiée, comme dans certains coryzas chroniques. En effet, Hack a souvent été consulté pour des obstructions nasales consécutives à l'hypertrophie de la muqueuse. Or, en interrogeant ces malades sur leurs antécédents, il a découvert qu'ils avaient eu à une certaine époque des névroses réflexes. Il possède maintenant 81 observations dans lesquelles, avec les progrès de la rhinite hyperplastique, des névroses, parmi lesquelles l'asthme prédomine, ont disparu spontanément.

Comme, d'un autre côté, il a soigné un nombre encore plus grand de malades atteints de la même maladie, sans jamais avoir eu trace d'accidents réflexes, il doit en conclure que la rhinite chronique hyperplastique est incapable à elle seule de leur donner naissance. C'est là ce qui l'autorise à établir une distinction tranchée entre les formes où seul le tissu caverneux est malade et celles où c'est surtout la muqueuse elle-même, qui est hypertrophiée. Cette distinction a son importance au point de vue du pronostic et du traitement. En effet, dans les cas d'inflammation de la muqueuse, les astringents ou même le simple enlèvement des mucosités accumulées suffisent souvent pour mettre fin à la névrose, tandis que lorsqu'il s'agit d'une augmentation de volume des corps spongieux il a toujours été obligé de recourir à l'opération. D'autre part, lorsque la médication anticatarrhale s'est montrée inefficace contre la rhinite hypertrophique, l'opération nécessaire est beaucoup plus difficile que dans la tuméfaction simple des corps caverneux, car c'est profondément que le cautère doit aller chercher et détruire le tissu caverneux qui a subsisté.

Enfin, tout en considérant les corps spongieux comme des sortes d'accumulateurs pour les excitations vaso-motrices, Hack reconnaît la possibilité que, même en l'absence de toute proéminence anormale de ces organes, même dans les cas où ils sont peu développés, une hypérémie de la muqueuse pituitaire soit le point de départ de la névrose.

87 des malades opérés par Hack avaient des phénomènes d'asthme, mais il en élimine tout d'abord 25 dont l'opération est trop récente ou qu'il a perdus de vue. Au contraire, il possède des renseignements de fraîche date sur les 62 autres. 33 d'entre eux semblent définitivement guéris, bien que quelques-uns soient opérés depuis près de trois ans. 17 ont éprouvé une amélioration considérable, soit que les accès d'asthme soient devenus moins intenses et plus rares, soit que des médications auparavant inefficaces (aérothérapie, fumée de tabac, quebracho) suffisent maintenant à couper les attaques. Enfin, chez les 12 derniers malades, l'opération n'a eu qu'un effet passager ou même n'a pas empêché l'aggravation des symptômes asthmatiques. Généralement, il s'agissait alors soit d'asthmes très invétérés, soit d'individus âgés, soit de malades ayant d'autres affections pulmonaires, soit enfin de personnes prédisposées héréditairement aux névroses. Ces échecs de l'opération

Digitized by Google

prouvent simplement qu'il ne faut pas exagérer le rôle de la muqueuse nasale de la genèse de l'asthme réflexe, qui peut dépendre de beaucoup d'autres organes. Hack cite à cet égard un fait particulièrement intéressant. Il donnait des soins à trois fils d'une mère hystéro-épileptique; l'un d'eux avait l'asthme des foins et les deux autres un asthme bronchique. Chez le plus jeune de ces enfants, qui était âgé de 15 ans, l'opération eut pour unique résultat de rendre les attaques d'asthme plus rare. Hack ne tarda pas à remarquer qu'elles revenaient avec une périodicité régulière, toutes les quatre semaines, tandis que le malade n'avait plus, comme auparavant, d'accès intercalaires. Il semble donc qu'ici l'asthme nasal n'ait fait que compliquer un asthme d'autre provenance qui a seul subsisté après l'opération. Chez quelques-uns des malades dont l'état a été simplement amélioré, l'opération a bien empêché le retour des accès déterminés par des influences nocives agissant sur la muqueuse pituitaire ; mais l'asthme reparaissait à la suite de l'ingestion de certains aliments, ce qui montre une fois de plus que la muqueuse gastrique peut être aussi le point de départ d'un asthme réflexe.

Quelques malades accusaient, outre leur asthme, des palpitations cardiaques et des troubles gastriques (cardialgie ou dyspepsie), que l'opération a également influencés d'une façon favorable. Hack cite à ce propos un Chilien dont l'asthme avait été déclaré arthritique et incurable à Paris, et qu'il a rapidement guéri.

Mais à côté des accès d'asthme typiques, l'affection nasale peut encore donner lieu à toute une série d'états morbides qui en sont proches parents, et qui représentent, pour ainsi dire, des asthmes ébauchés ou frustes. Plusieurs fois Hack a vu des accès nocturnes consistant en cauchemars alterner avec des attaques d'asthme classique; une autre fois, c'étaient des accès de somnambulisme.

Chez d'autres malades, c'était pendant la veille, en plein jour, à heure fixe, que survenaient les accidents. Au lieu de l'accès d'asthme attendu, se produisait une phase d'angoisse insurmontable; la respiration devenait suspirieuse, et les malades avaient la sensation d'un poids de cent livres placé sur leur poitrine et leur rendant la respiration impossible. Parfois cet état d'anxiété respiratoire s'accompagnait de palpitations tellement violentes et de douleurs précordiales si intenses, qu'on semblait en présence d'une angine de poitrine. Or, les heureux résultats de l'opération chez tous les malades démontrent bien le rapport intime de leurs phénomènes morbides avec l'état d'irritation de leur muqueuse nasale.

Quant au traitement, le point important est la destruction complète du tissu érectile. A l'action du galvano-cautère, Hack joint souvent l'excision des portions osseuses correspondantes.

Il a observé à la suite de l'opération un certain nombre d'accidents curieux, tels que des gonflements articulaires des poignets ou des genoux, des névralgies du trijumeau ou du sciatique, chez des personnes qui n'avaient jamais eu auparavant d'affections semblables. Chez un malade, par exemple, la destruction du tissu spongieux du cornet inférieur gauche fut immédiatement suivie d'une violente sciatique gauche, et la même opération du côté droit, pratiquée quelques jours plus tard, donna également lieu à une sciatique droite.

Digitized by Google

Ces complications sont d'ailleurs rares et ne durent que quelques jours.

Hack conclut ainsi son intéressant travail : Le traitement chirurgical de l'asthme est à ses débuts, et la question présente encore de nombreuses inconnues. Ce qu'on peut dire, d'ores et déjà, c'est que la coexistence d'affections nasales n'exclut pas la possibilité que l'asthme ait une tout autre origine. C'est dans les cas récents, chez les personnes sans tare névropathique, que l'opération est la plus fructueuse (*R. S. M.*, XXI, 707; XXIII, 734 et 735; XXIV, 693; XXV, 328 et XXVI, 739 à 741). J. B.

Das Menthol, ein Ersatz des Cocain (Le menthol, succédané de la cocaïne, comme anesthésique des muqueuses nasale et pharyngée), par Albert ROSENBERG (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 28, *p.* 449, 13 *juillet* 1885).

De ses expériences sur un grand nombre de malades, Rosenberg conclut que, dans certains cas, une solution éthérée alcoolique ou mieux encore huileuse de menthol à 20 0/0 peut remplacer la cocaïne, beaucoup plus coûteuse, lorsqu'on désire anesthésier les muqueuses du nez ou du pharynx.

Son action est moins prolongée que celle d'une solution de cocaïne au même titre; elle dure cependant d'un quart d'heure à une demi-heure et quelquefois davantage. Le menthol semble même avoir des effets cumulatifs, car, lorsqu'on répète les attouchements plusieurs fois chez le même malade, l'anesthésie est plus durable (*R. S. M.*, XVII, 65). J. B.

Die Bildung eines Knöchernen Gerüstes der eingesunkenen Nase aut dem Stirbein (Manière de refaire une charpente osseuse au nez aux dépens du frontal), par KÖNIG (15e *Cong. des chir. allemands*, *Cent. f. Chir.*, *n°* 24, 1886).

On mobilise d'abord par une incision transversale la pointe et les ailes du nez. On attire cette partie à sa place normale, et on constate qu'il se produit un vaste trou entre elle et la racine du nez. A partir de cette racine, on taille, en remontant vers le front, un lambeau de 1 centimètre de large qui doit comprendre la peau et le périoste. Puis on détache avec le maillet la couche externe du frontal, sauf en bas. On rabat ce lambeau cutané et osseux de haut en bas, de telle sorte que sa face cutanée regarde en dedans et sa face osseuse en dehors. On suture ses bords libres, et on le recouvre avec un lambeau cutané pris sur le front. La peau du premier lambeau forme ainsi la paroi interne du nez. PIERRE DELBET.

I. — Ueber die Bedeutung der Bursa pharyngea für die Erkennung und Behandlung gewisser Nasenrachenraum Krankheiten (De l'importance de la bourse pharyngienne pour le diagnostic et le traitement de certaines affections du pharynx nasal), par G.-L. TORNWALDT (*Wiesbaden*, 1885).

II. — Casuistiche Mittheilungen über die Erkrankungen der Bursa pharyngea (Observations de maladies de la bourse pharyngienne), par KEIMER (*Monatschr. für Ohrenh.*, *n°* 3, 1886).

III. — *Idem*, **par BROICH** (*Ibidem*, *n°s* 5, 6, 7).

I. — La pathologie du pharynx nasal sort peu à peu de l'obscurité, et la conception vague de catarrhe naso-pharyngien se précise de plus en

Digitized by Google

plus. La connaissance des végétations adénoïdes avait déjà fait faire un grand pas à cette question; l'ouvrage de Tornwaldt est, depuis le mémoire de Meyer, le plus important sur ce sujet; il nous permet de localiser dans un certain nombre de cas les symptômes éprouvés par le malade et d'en obtenir avec certitude la guérison. En effet, le « catarrhe nasal » ou le « catarrhe naso-pharyngien » ne serait souvent qu'un catarrhe de la bourse pharyngienne, c'est-à-dire de ce cul-de-sac décrit par J.-C. Maüs, en 1842, à la voûte du pharynx, et sur l'anatomie de laquelle on trouvera les détails dus à Maüs, reproduits dans l'ouvrage de l'auteur. A la rhinoscopie postérieure, on voit sur le tissu de la cloison du nez, à peu près à égale distance du nez et de la paroi postérieure du pharynx, un orifice plus ou moins grand, arrondi ou en forme de fente, et dans les cas pathologiques on en voit sourdre un liquide muqueux ou purulent; quand il est assez liquide, il couvre les parties inférieures de la voûte et de la paroi postérieure; s'il est visqueux, il se limite au pourtour de la bourse. Contrairement à l'ozène ou au catarrhe généralisé, la partie antérieure de la voûte située entre la bourse et les choanes reste libre, dans les cas de catarrhe simple de la bourse, car deux cas peuvent se présenter : l'affection est toujours due à la propagation d'un catarrhe naso-pharyngien, mais il a pu guérir sur le reste de la muqueuse.

Parfois, grâce à la formation de l'orifice, la poche s'est transformée en kyste; alors on ne trouve pas de sécrétion, mais on voit une saillie jaunâtre à la voûte; mais la saillie elle-même peut être insignifiante et le diagnostic se fait par l'absence de sécrétion, de l'orifice et la présence de saillies cicatricielles à la voûte, en même temps que les symptômes éprouvés par le malade appellent l'attention sur cette région. La preuve est donnée par l'écoulement d'un liquide plus ou moins épais après l'incision, et la présence d'une cavité.

On peut se demander comment cet état de la voûte a pu jusqu'ici échapper à ceux qui pratiquent la rhinoscopie postérieure chez tous leurs malades. La raison en est que le voile du palais gêne beaucoup pour apercevoir cette partie, et qu'il faut, à l'exemple de l'auteur, employer toujours le crochet palatin de Voltolini.

Les symptômes, comme ceux des autres affections du pharynx nasal, sont de nature irritative ou sécrétoire. Les symptômes locaux sont ceux du catarrhe naso-pharyngien. Les symptômes à distance sont ceux du côté du nez (hypérémie, hyperplasie, et aussi polypes), du côté de l'oreille, du pharynx (granulations), du larynx (laryngite chronique avec participation prépondérante de l'espace interaryténoïdien), des bronches de l'estomac (dyspepsie). On observe aussi de la toux par l'irritation que cause la sécrétion en coulant sur la portion interaryténoïdienne et de la toux réflexe sans lésion des poumons ou du larynx, de l'asthme bronchique, de la douleur sternale, de la céphalalgie frontale ou occipitale.

La durée du mal semble illimitée si l'on n'intervient pas. Quant au traitement, il a consisté à introduire dans l'orifice, lorsqu'il est étroit, un stylet courbe d'argent portant une perle de nitrate d'argent, ou une solution de nitrate d'argent, de la teinture d'iode à l'aide d'une fine canule de platine. Si l'orifice est très large, des insufflations de nitrate, de tanin ou d'alun ont suffi. En cas d'insuccès, on aura recours au

Digitized by Google

galvano-cautère, appliqué plusieurs fois, à quelques jours d'intervalle. On oblitère ainsi la bourse. Les quelques insuccès sont dus à ce que les diverticulums de cet organe ne peuvent être modifiés dans toute leur étendue. Quand la guérison se produit, on voit bientôt disparaître les symptômes subjectifs : sensation de sécheresse, de brûlure, de corps étranger, besoin constant de dégluter, de se racler la gorge, obstruction nasale. La lecture des 25 observations de l'auteur est extrêmement intéressante.

II. — Keimer publie 8 cas de maladie de la bourse pharyngienne. Dans le premier, les symptômes consistaient essentiellement en un raclement continuel avec expulsion de crachats sanglants. Dans le deuxième, il y avait aussi raclement avec sécheresse continuelle et sensation de corps étranger. Dans le troisième, il y avait de la toux et de la gêne dans la gorge, avec gonflement de la muqueuse du larynx et parésie. La guérison survint par le traitement local ; dans le dernier cas, il y avait un gonflement de la muqueuse du nez, qui ne disparut pas de lui-même ensuite, comme le dit Tornwaldt, mais qu'il fallut traiter au galvano-cautère. Dans tous ces cas, il n'y avait aucun réflexe.

Dans un quatrième cas, le malade se plaignait de toux sans expectoration, avec nausées et céphalalgie. Il s'agissait de deux excroissances polypoïdes émergeant de la bourse pharyngienne. Leur destruction au galvano-cautère amena la guérison. Parmi les quatre autres, signalons l'incision d'un kyste. Enfin, l'auteur avertit de ne pas croire à la lésion de la bourse aussitôt que l'on voit une croûte à la voûte du pharynx ; souvent, quand on l'a détachée, on ne trouve rien au-dessous.

III. — Broich relate 7 cas analogues. Dans 20 0/0 des cas dans lesquels la gorge ou le pharynx nasal se révélaient comme le siège du mal, l'auteur a pu démontrer que la cause consistait en un catarrhe de la bourse pharyngienne. Il n'a pas trouvé de kystes. Les constatations et les résultats de l'auteur concordent, du reste, tout à fait avec ceux de Tornwaldt. R. CALMETTES.

Lupus of the throat (Lupus de la gorge), par RAMON DE LA SOTA Y LASTRA (*Americ. laryng. assoc.*, 27 *mai* 1886).

L'auteur relate un cas de lupus intéressant par l'âge du malade ; il s'agissait d'un médecin, âgé de 60 ans, présentant, avec des taches psoriasiques de la langue, de la rougeur et du gonflement du pharynx, une ulcération profonde de l'amygdale droite qu'on prit d'abord pour un épithélioma. Il n'y avait pas d'antécédents de syphilis, et le traitement spécifique eut des effets désastreux. Au contraire, l'usage des toniques, de l'arséniate de soude, le pansement à l'iodoforme, amenèrent une complète guérison. Le psoriasis lingual persistait cependant.

A propos de ce cas, Sota étudie la symptomatologie et le diagnostic du lupus de la gorge, dont la guérison, dit-il, est beaucoup plus difficile que celle de la peau. Le traitement interne a une importance considérable. Quand il n'y a pas d'ulcération, il emploie localement la teinture d'iode et depuis peu l'acide lactique, ce dernier surtout quand il y a ulcération, les lavages au borax, la poudre d'iodoforme. A. CARTAZ.

Digitized by Google

Die seitliche Pharyngotomie behufs Exstirpation maligner Geschwülste der Tonsillargegend (Pharyngotomie latérale pour l'extirpation des tumeurs malignes de la région amygdalienne), par MIKULICZ (*Deutsche med. Woch.* n° 10, *p.* 157, 1886).

Le procédé de Mikulicz permet d'ouvrir plus largement le pharynx que les autres méthodes. Cet avantage résulte de la résection du maxillaire inférieur. Le chirurgien fait une incision qui va de l'apophyse mastoïde à l'os hyoïde; il met à nu la branche montante du maxillaire, qu'il scie à 1 centimètre au-dessus de l'angle de l'os et résèque après section du tendon du temporal. En écartant les muscles, il constate que le fond de la plaie correspond exactement à la région de l'amygdale, et qu'il est alors possible d'extirper les tumeurs de cette région.

L'auteur a pratiqué la pharyngotomie latérale dans quatre cas de carcinome amygdalien envahissant les régions voisines.

Dans le premier cas, chez une femme de 65 ans, il a obtenu, en 1883, une guérison temporaire; deux ans après l'opération, le carcinome a récidivé. L'auteur en observe l'évolution depuis six mois, et la terminaison paraît prochaine. Il a constaté qu'avant la récidive, l'opérée n'éprouvait aucune difficulté à mouvoir le maxillaire inférieur, et pouvait aussi parler, déglutir aisément.

Ici l'auteur n'a pas fait la trachéotomie préventive : il l'a pratiquée dans les trois autres cas.

Un homme de 61 ans, atteint de carcinome de l'amygdale propagé au palais et aux ganglions, a succombé deux heures après l'opération.

Un sujet de 42 ans, affecté de carcinome de la paroi latérale du pharynx, a quitté l'hôpital, guéri, six semaines après l'opération : on ignore sa destinée ultérieure.

Un homme de 28 ans a subi, par le même procédé, l'extirpation d'un sarcome qui, provenant de l'amygdale, remplissait presque tout le pharynx. Il a quitté la clinique au bout de quatre semaines, guéri. L'auteur a appris sa mort trois mois plus tard, sans détails. L. GALLIARD.

Milchsäure gegen Larynxtuberkulose (L'acide lactique dans la phtisie laryngée), par H. KRAUSE (*Berlin. klin. Woch.*, n° 29, p. 462, 20 *juillet* 1885).

Krause, qui a eu recours aux cautérisations avec l'acide lactique chez 14 malades atteints de tuberculose du larynx, se loue fort des résultats qu'il en a obtenus.

Il conclut que, pour la première fois, on possède un agent médicamenteux capable, quand la maladie n'est pas trop avancée, d'en arrêter les progrès en détruisant exclusivement les tissus morbides et en favorisant la cicatrisation des ulcères. Dans les cas où la phtisie pulmonaire et l'épuisement du malade sont arrivés au dernier degré, l'acide lactique est encore précieux contre la dysphagie, qui est le symptôme le plus pénible (*R. S. M.*, XXVI, 525, et XXVII, 745). J. B.

L'acide lactique comme moyen curatif des ulcérations tuberculeuses du larynx par Theodor HERING (*Ann. des mal. de l'oreille, juillet* 1886, et *Union médicale, août* 1886).

Hering a traité par la méthode de Krause 20 cas de laryngite tuber-

Digitized by Google

culeuse ; il a obtenu 4 guérisons complètes, 2 guérisons presque complètes, 4 améliorations notables, 6 améliorations fonctionnelles. Ce sont, dit-il, les ulcérations circonscrites, d'origine récente, siégeant sur les cordes vocales vraies et sur l'épiglotte, qui guérissent le plus promptement, à la condition d'un état général encore satisfaisant.

Hering badigeonne d'abord la surface à cautériser avec la cocaïne (10 ou 20 0/0), puis il la touche avec une solution d'acide lactique à 20 ou 30 0/0, pour arriver aux solutions fortes à 80 ou 100 0/0. A. C.

Ueber einem Fall von selbständiger syphilitischer Ulceration der Trachea und der Bronchien (Un cas d'ulcération syphilitique isolée de la trachée et des bronches), par SCHUMANN-LECLERQ (*Prager med. Woch.*, 4, 1885).

Il y avait des manifestations syphilitiques dans différents organes, des gommes dans le foie, etc., mais le nez, le larynx, étaient sains. Pendant la vie, on avait porté le diagnostic de tuberculose pulmonaire et intestinale. Sur 65 cas relevés par l'auteur, la plupart concernent une propagation du larynx et du pharynx ; dans les autres, une certaine étendue de tissu sain sépare ces lésions de celles du pharynx et du larynx. Dans 6 cas seulement, ces ulcérations trachéales et bronchiques existaient seules.

Dans trois, il y eut guérison ; dans un quatrième, l'autopsie fut confirmative ; dans le cinquième, pas de renseignements. R. C.

Croup trachéotomisé. Mort par hémorragie trachéale, par REVILLIOD (*Rev. méd. Suisse romande*, *V.* 375, *juin* 1885).

Enfant atteint du croup, pour lequel on fit la trachéotomie. Après avoir eu durant quelques jours des crachats sanguinolents, il succomba, le 11e jour après l'opération, à une hémorragie qui se produisit par l'ouverture trachéale.

A l'autopsie, Revilliod trouva sur les côtés de la trachée un petit abcès qui communiquait d'une part avec le tube aérien, de l'autre avec la veine jugulaire.

Il croit que cet abcès peut avoir été causé par une fausse route au moment de la trachéotomie ; la canule ou le dilatateur n'aura pas été introduit du premier coup dans la trachée ; l'instrument a pu glisser sur les côtés, déchirer les tissus. J. B.

Tödtliche Blutung aus den Luftwegen 16 Tage nach ausgeführter Tracheotomie (Hémorragie mortelle dans les bronches, 16 jours après la trachéotomie), par FRÜHWALD (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, *XXIII*, *p.* 414, et *Centralblatt. f. med. Wissensch.*, *n*° 19, 8 *mai* 1886).

Petite fille de 3 ans 1/2, à qui l'on pratiqua la trachéotomie pour un croup. La canule fut enlevée 6 jours après l'opération. Mort au 16e jour, par hémorragie bronchique.

A l'autopsie, on trouva un anévrisme de l'artère brachiocéphalique, qui s'était ouvert dans la trachée, et qui était situé à la hauteur du septième cartilage de cet organe. L'auteur pense que la présence de la canule dans la trachée est la cause de l'ouverture de l'anévrisme. A. LESAGE.

Erste zur Heilung fuhrende Ausrottung eines Larynxcancroïds per vias naturales (Ablation d'un cancroïde du larynx par les voies naturelles, suivie de gueri-

Digitized by Google

son), par **FRAENKEL** (15e *Cong. des chir. allemands; Cent. f. Chir.*, n° 24, 1886).

Ce cancroïde fut opéré pour la première fois le 27 septembre 1881. En septembre 1882, une récidive nécessita une seconde opération. En avril 1884, extirpation de ganglions épithéliomateux du cou. En février, on avait fait une autre opération sur le larynx. La dernière et cinquième opération, faite en juin 1884, a été nécessitée par une récidive dans le larynx. Depuis cette époque, aucune récidive ne s'est manifestée; le sujet, âgé de 75 ans, est parfaitement bien portant. Sa voix est normale. Il peut être considéré comme guéri. PIERRE DELBET.

Paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs, tuberculose pulmonaire, tabes dorsalis, par C. HISCHMANN (*Ann. des mal. de l'oreille, mai* 1886).

Femme de 43 ans; pas de syphilis. En 1877, strabisme convergent du côté droit, survenu, dit-elle, subitement. En 1880, début des accidents thoraciques. Depuis quelques années, apparition de douleurs fulgurantes et de signes d'ataxie. Aphonie remontant à trois mois, subite, s'accompagnant de dyspnée. A l'examen laryngoscopique, on constate une paralysie bilatérale des crico-aryténoïdiens postérieurs.

L'auteur rattache cette lésion à l'ataxie plutôt qu'à la tuberculose.

A. C.

Les fibres abductrices des récurrents sont-elles toujours affectées les premières? par J. CHARAZAC (*Rev. de laryngologie*, 1er *mai* 1886).

Les lésions des troncs nerveux laryngés (pneumogastriques, récurrents) déterminent une paralysie qui, presque toujours, porte sur les muscles abducteurs. Charazac a recueilli l'observation suivante où la paralysie siège sur les adducteurs.

Homme de 50 ans, porteur d'un goitre kystique du côté droit, devient peu à peu complètement aphone. Pas de troubles de la respiration, ni de la déglutition. L'aphonie est due à la compression du récurrent droit par la tumeur. A l'examen laryngoscopique, on constate une paralysie droite des adducteurs; la corde vocale droite ne se rapproche pas de la ligne médiane pendant la phonation. A. CARTAZ.

A case of paralysis of the left vocal band (Paralysie de la corde vocale gauche en abduction extrême à la suite d'une plaie du cou), par J. SOLIS COHEN (*New York med. journ.*, 26 *juillet* 1884).

Un homme de 33 ans se coupe la gorge (tentative de suicide), et depuis ce moment est complètement aphone. On trouve au laryngoscope la corde vocale gauche immobile dans l'abduction extrême; la corde vocale droite a ses mouvements ordinaires, et dans l'inspiration forcée ou les efforts de phonation, dépasse la ligne médiane.

Solis Cohen rattache cette paralysie à une lésion du pneumogastrique. On voit à l'examen de la plaie que le sterno-mastoïdien a été blessé; on ne trouve aucun battement de l'artère carotide. Le malade dit que l'artère a été liée au moment de l'accident; c'est un point qu'on n'a pu confirmer. La cicatrice s'étend transversalement du côté gauche, un pouce et demi en arrière du sterno-mastoïdien, en avant du larynx, et arrive sur le côté droit du cartilage thyroïde, à un demi-pouce au-dessus de la membrane crico-thyroïdienne. A. CARTAZ.

Digitized by Google

The further history of a case of paralysis of the posterior crico-arytenoid muscles, par J. SOLIS COHEN (*Americ. laryng. Assoc.*, 27 *mai* 1886).

Relation d'un cas présenté au 1er Congrès de laryngologie américaine, comme un exemple de paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs que l'auteur regarde actuellement comme un exemple de spasme des adducteurs. Le malade était ataxique, devenu aveugle, et avait été trachéotomisé quatre ans avant sa mort ; la paralysie avait atteint le côté gauche d'abord, puis plus tard le côté droit. Pour justifier son diagnostic de spasme, Solis Cohen mentionne les résultats de l'autopsie : pas de lésion cérébrale, atrophie du nerf optique ; nerf récurrent gauche, sain ; dans le nerf récurrent droit, on trouve une ligne de séparation très nette entre des fibres saines et d'autres dégénérées. Par contre, le muscle droit était sain; le gauche atrophié, juste l'opposé de la lésion du nerf.

A. CARTAZ.

Ueber centrale Kehlkopflähmung (Paralysie du larynx de cause centrale), par EISENLOHR (*Soc. des méd. de Hambourg*, 12 *janv.* 1886).

Il s'agit ici d'une paralysie complète unilatérale du récurrent et du laryngé supérieur avec paralysie unilatérale du voile du palais et légère anesthésie cutanée du trijumeau à gauche, chez un sujet de 33 ans. Anesthésie et perte des réflexes au côté gauche du larynx, du pharynx et du voile du palais. Pas de perte du goût. Intégrité du facial, de l'hypoglosse de la portion motrice du trijumeau. Nystagmus se produisant quand le sujet regarde à gauche. Troubles de la phonation et de la déglutition.

Dix-huit mois après le début des accidents, lésions pulmonaires entraînant la mort.

Autopsie : dilatations bronchiques, pneumonie chronique, adhérences pleurales. Au microscope, on trouve dans le bulbe à gauche une masse fibreuse qui détruit les noyaux du spinal et du pneumo-gastrique, une petite partie du noyau interne de l'acoustique, la partie interne du corps restiforme, elle s'étend aux origines médullaires du spinal. Le facial et l'hypoglosse sont absolument indemnes. Il est difficile de dire si cette lésion est le résultat d'un ramollissement ancien ou d'un processus inflammatoire.

L'anesthésie cutanée dans le domaine du trijumeau provient de la lésion des racines bulbaires ascendantes de la 5e paire. Il n'y a pas eu d'anesthésie des muqueuses ni de trouble trophique. L. GALLIARD.

Ueber das Verhalten der Schliesser u. s. w. (Les contracteurs et les dilatateurs de la glotte en cas de lésions de leurs nerfs), par Ottomar ROSENBACH (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *Band XCIX*, *Heft* 1, *p.* 175).

C'est un article polémique visant le travail de H. Krause (*R. S. M.*, XXVII, p. 458). L'auteur reproche à Krause de lui avoir prêté des opinions inexactes, il critique les expériences et les interprétations de ce dernier, et termine par une revendication de priorité. Rosenbach aurait en effet en 1879, avant le travail de Semon, établi que, en cas de lésions soit du récurrent, soit des centres, ce sont les dilatateurs dont la fonction est altérée ou supprimée la première. Pour lui les phénomènes produits seraient dus à la paralysie et non à la contracture des muscles.

P. GALLOIS.

Digitized by Google

Asphyxie consécutive à l'ouverture dans la trachée d'un foyer tuberculeux, par FRÜHWALD (*Cent. f. med. Wissensch.*, *n°* 19, 8 *mai* 1886).

Enfant de 4 ans 1/2, qui subitement fut prise d'asphyxie, et mourut rapidement, avant qu'on pût pratiquer la trachéotomie.

A l'autopsie, on trouva des foyers tuberculeux dans la paroi des bronches, au niveau du hile du poumon droit, un de ces foyers plus volumineux s'était ouvert dans la bouche. Les bronches étaient remplies de produits caséeux.

A. LESAGE.

Deux cas d'extirpation du larynx, par PÉAN (*Gazette méd. de Paris*, 17 *avril* 1886).

L'un de ces cas concerne un homme de 35 ans, dont le début des accidents laryngiens remonte à 15 mois; l'examen laryngoscopique fait reconnaître des végétations suspectes sur la corde vocale inférieure. Pas d'engorgement ganglionnaire. La trachéotomie est faite le 13 février 1886. Le 27 février, on procède à l'ablation des cartilages thyroïde, cricoïde et aryténoïdes et des tissus sous-jacents également altérés; sutures de soie superficielles et profondes. Pansement à l'iodoforme et au sublimé : alimentation par la sonde œsophagienne, qui n'est plus nécessaire au bout de 15 jours. Guérison. Le malade parle avec une canule spéciale.

Pour le deuxième malade, âgé de 65 ans, également atteint d'épithélioma du larynx, la trachéotomie d'urgence a été pratiquée le 13 février 1886; puis, 21 jours après, on enlève le cartilage thyroïde, les cartilages aryténoïdes, la fibro-muqueuse laryngienne, la paroi antérieure de l'œsophage jusqu'au cartilage cricoïde, qui, intact, est respecté; la base de l'épiglotte est également sacrifiée. La sonde œsophagienne, mal assujettie, s'étant dérangée et ayant été par erreur introduite dans la cavité trachéale, du lait a pénétré dans les bronches et déterminé une broncho-pneumonie qui a emporté le malade.

L'examen histologique des deux pièces, pratiqué par Cornil, a montré que, chez le premier malade, il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux, et chez le second d'un épithélioma lobulé. OZENNE.

Crises épileptiformes provoquées par une otite moyenne chronique simple, par NOQUET (*Rev. de laryngol.*, 1er *juillet* 1886).

Homme de 41 ans : pas de syphilis, ni d'alcoolisme; sujet depuis un an à des crises diurnes et nocturnes d'épilepsie. La première est survenue sans cause connue. Insuccès du bromure à hautes doses. En examinant les oreilles, Noquet trouva l'audition normale à gauche, mais très diminuée à droite; l'examen fit constater, avec un catarrhe chronique naso-pharyngien, une otite moyenne chronique simple, pression exagérée de la chaîne des osselets sur le liquide labyrinthique. Le cathétérisme de la trompe avec insufflation rétablit presque instantanément la netteté de l'audition, et les accès épileptiques cessèrent pendant un certain temps, pour disparaître tout à fait quand l'otite fut guérie. L'épilepsie n'était pas d'origine helminthique; on avait vérifié ce point par un traitement vermifuge. A. C.

Digitized by Google

Des bourdonnements d'oreille dans les affections de l'estomac, par E. MÉNIÈRE (*Rev. de laryngol.*, 1er *juin* 1886).

Ménière relate un grand nombre de faits (43, entre autres un cas observé sur lui-même) de bourdonnements plus ou moins prononcés, avec degré variable de surdité chez des dyspeptiques. La dyspepsie est plus ou moins accusée, avec dilatation stomacale, crises gastralgiques, etc., et les bourdonnements sont en relation étroite, comme intensité, avec la période de digestion et la recrudescence des phénomènes dyspeptiques. On ne trouve, dans ces cas, aucune lésion externe ou moyenne : c'est dans l'oreille interne que siège la lésion.

Pour expliquer ces troubles auditifs, Ménière admet que l'irritation de l'estomac retentit, par l'intermédiaire du pneumogastrique sur le ganglion cervical inférieur, d'où troubles réflexes de la circulation de l'artère vertébrale et des vaisseaux de l'oreille interne et sensation de vertige, de bruissements.

Woakes avait déjà admis une relation entre le vertige stomacal et le vertige auriculaire.

Pour remédier à ces accidents, il faut traiter les troubles gastriques et employer l'électricité statique. A. CARTAZ.

Keuchhusten als Ursache der Taubheit (Coqueluche comme cause de la surdité), par M.-S. FALLS (*Zeitschr. für Ohrenh.*, *XV*, 4, *p.* 303).

4 observations de la clinique de Burnett. Dans 3, on avait vu survenir plus ou moins longtemps après la coqueluche une surdité de l'une ou des deux oreilles avec abolition de la perception osseuse et intégrité apparente de l'oreille externe et moyenne. Il s'agit pour l'auteur d'une affection labyrinthique. De même dans le 4e cas, bien qu'on observât une otite moyenne suppurée, qui ne serait pour Falls qu'une complication. R. CALMETTES.

Zwei Fälle von Ertaubung nach cerebro-spinal Meningitis, (Deux cas de surdité consécutive à la méningite cérébro-spinale), par KNAPP (*Zeitschr. für Ohrenh.*, *XIV*, 3, 4, *p.* 179).

Le 1er cas concerne une surdité unilatérale (droite), ce qui s'observe rarement. La perte de l'ouïe n'était pas totale. L'acuité auditive étant aussi diminuée du côté opposé, l'auteur admet que l'autre oreille a été aussi atteinte, mais qu'elle a guéri presque complètement. Moos et d'autres ont du reste publié des cas où la surdité était incomplète.

Dans le 2e cas, la surdité était double et il y eut en même temps double choroïdite purulente qui guérit complètement à gauche. Si l'on admettait avec Voltolini que la surdité avec symptômes cérébraux observés dans ces deux cas est due à une otite interne, il serait impossible d'expliquer les phénomènes oculaires concomitants. Au contraire le diagnostic méningite cérébro-spinale rend parfaitement compte des faits, que l'on admette, soit une lésion métastatique du fond de l'œil et de l'oreille interne, soit une propagation le long des nerfs auditifs et optiques. D'ailleurs une choroïdite métastatique peut guérir. Chez une dame atteinte d'irido-choroïdite double consécutive à un refroidissement pendant la menstruation, la maladie se termina d'un côté par phtisie du globe, mais de l'autre par une guérison complète. R. CALMETTES.

Digitized by Google

Ueber den im Mittelohr erzeugten Druck bei Lufteinreibungen durch die Tube (De la pression intratympanique pendant les insufflations d'air à travers la trompe d'Eustache), par A. BARTH (*Zeitschrift für Ohrehn.*, *XV*, 2-3, *p.* 172, 1885).

Des recherches expérimentales très minutieuses ont prouvé à l'auteur que, dans les cas les plus favorables, la moitié, mais le plus souvent le quart seulement de la pression employée agit dans la caisse. On voit donc que dans le procédé de Lœwenberg la pression extérieure prédominerait notablement. Comme, suivant les recherches d'Hartmann sur les fonctions de la trompe (Leipzig 1879), une pression extérieure de 10 centimètres Hg sur la membrane est déjà douloureuse, produit des sensations pénibles et de l'hyperémie, outre qu'on n'atteint pas le but désiré, il est mauvais d'opposer à une pression interne de 6 à 10 centimètres, une externe de 15 à 20 centimètres Hg. R. C.

Untersuchungsergebnisse von vier Felsenbeinen zweier Taubstummen (Résultat de l'examen des 4 rochers de 2 sourds-muets), par MOOS et STEINBRÜGGE (*Zeitschrift für Ohrenh.*, *XIII*, 4, *p.* 255).

Les 2 individus avaient 30 et 50 ans. Oreille moyenne, catarrhe simple et suppuration. Osselets intacts et normalement mobiles. Labyrinthe : absence de filets nerveux dans la lame spirale osseuse de tous les premiers tours de spire du limaçon, atrophie des cellules ganglionnaires dans le canal de Rosenthal, dégénérescence graisseuse de l'organe de Corti, masses caséeuses dans l'aqueduc du limaçon (1er cas) et dans la rampe vestibulaire (2e cas) ; masses hyalines en différents points du labyrinthe membraneux. De plus, dans le labyrinthe gauche du 1er malade, soudure conjonctive et osseuse dans la rampe tympanique du commencement du 1er tour de spire du limaçon et hypertrophie des ligaments d'attache de l'utricule ; chez le 2e malade, absence de l'épithélium des nerfs aboutissant au saccule gauche. Il est impossible de dire si cette labyrinthite s'est produite pendant la vie intra-utérine ou aussitôt après la naissance. R. C.

Untersuchung von 73 Taubstummen, mit Rücksicht auf die Erscheinungen der Otopiesis (Examen de 73 sourds-muets sous le rapport de la tension auriculaire), par ROLLER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 49, *p.* 817, 17 *décembre* 1885).

D'après Boucheron, il faudrait regarder comme la cause la plus fréquente de la surdi-mutité acquise, l'anesthésie des organes nerveux produite par le changement de tension intra-auriculaire qu'entraîne l'obstruction de la trompe d'Eustache.

Or, pas un des 73 jeunes garçons de 12 à 14 ans, examinés par Roller, ne présentait les symptômes d'une affection de ce genre, tandis que l'immense majorité portait les traces d'affections passées de l'oreille moyenne ; quant à l'affection labyrinthique, elle était secondaire. J. B.

On aural exostoses, par FIELD (*The Lancet*, 30 *mai* 1885).

L'auteur fait connaître quatre nouvelles observations d'exostoses éburnées du conduit auditif externe extirpées avec succès à l'aide du *drill* des dentistes américains. De ces cas et des précédents, il croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les exostoses éburnées du conduit auditif externe ne sont pas du

Digitized by Google

tout nécessairement sous la dépendance de la goutte, du rhumatisme ou de la syphilis ;

2° Dans beaucoup de cas, sinon dans tous, leur origine peut, avec la plus grande probabilité, être attribuée à une irritation locale habituelle du méat anditif, comme celle qui résulte des bains de mer fréquents et répétés ;

3° On ne peut les traiter efficacement que par le *drill*, opération sans danger quand on a soin de protéger le conduit auditif contre le glissement possible du foret par une plaque de métal d'une forme appropriée ;

4° Leur prompte extirpation est indiquée dans tous les cas où elles gênent l'issue des sécrétions du conduit auditif, où elles déterminent, par la pression qu'elles exercent, des douleurs dans les parties voisines, où enfin elles menacent de bloquer complètement le conduit et de produire ainsi la surdité. H. B.

Wichtiges und Neues über Stimmgabeluntersuchungen (De l'exploration de l'ouïe avec le diapason), par LUCAE (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 49, *p.* 816, 7 *décembre* 1885).

1° *Conductibilité aérienne.* — La perte de l'audition des sons les plus aigus du diapason ne peut tenir qu'à une affection de l'appareil nerveux de l'ouïe. Mais cette loi n'est vraie qu'autant qu'on emploie les sons de la quatrième octave en dessus, avec de puissants diapasons, chez un individu sourd des deux côtés et ayant le conduit auditif externe libre.

Quant à la simple diminution de la perception des sons les plus aigus, elle n'a de valeur diagnostique que lorsqu'on procède à un examen comparatif soigneux de la perception des sons élevés et de celle des sons bas. Dans ce cas, mieux les sons graves du diapason sont perçus par une oreille dont l'ouïe est d'ailleurs dure, plus on est en droit d'exclure une affection de l'appareil conducteur des sons.

2° *Conductibilité crânienne.* — L'épreuve de Weber est insuffisante pour déterminer si l'oreille interne est intacte ; elle ne fournit pas davantage d'informations pronostiques en cas de complications graves d'otites moyennes.

En revanche, Lucae a pu apprécier toute la valeur de l'épreuve de Rinne lorsqu'on emploie toujours le même diapason.

Lucae a imaginé un nouveau procédé d'examen permettant de faire parvenir à l'oreille, par l'intermédiaire des os du crâne, et avec une grande intensité, les sons aigus du diapason ; pour cela, il se sert des sons aigus et perçants produits en posant doucement un diapason vibrant sur un court cylindre d'acier.

Dans la discussion, *Rohrer* déclare être en parfait accord avec Lucae sur la valeur relative des épreuves de Weber et de Rinne. J. B.

Zur Genese der Gehörstörungen bei Gehirntumoren. Diagnotischer Werth von Stimmgabelversuchen (Pathogénie des troubles auditifs dans les tumeurs cérébrales), par MOOS (*Berlin. klin. Woch.*, *XXI*, *n°* 45, *p.* 713 *et n°* 46, *p.* 730).

Voici les conclusions du travail de Moos :

Digitized by Google

La propagation au labyrinthe de l'augmentation de pression intracrânienne, due à la présence d'une tumeur cérébrale, est possible anatomiquement et physiologiquement.

D'autre part, la compensation de pression est favorisée par les conditions anatomiques et, en tout cas, les conséquences de l'accroissement de pression sont beaucoup moins fréquentes pour le nerf acoustique que pour le nerf optique.

Il faudra des examens minutieux répétés des fonctions de l'ouïe dans les cas de tumeurs cérébrales compliqués de troubles auditifs, avant de mettre ces derniers sur le compte d'une augmentation de la pression intra-auriculaire. La physiologie expérimentale indique que c'est la perception des sons musicaux élevés qui devra se montrer la première altérée. A l'autopsie, il y aura lieu de s'assurer si le trouble de l'ouïe est occasionné uniquement par un accroissement de la pression intralabyrinthique ou au contraire par une névrite descendante de l'acoustique analogue à la névrite olfactive signalée par Huguenin. (*R. S. M.*, XXIV, 132.)

Il résulte d'une observation, rapportée en détail par Moos, que dans le cours d'une tumeur cérébrale, il peut survenir une amélioration de l'ouïe, malgré la croissance continue de la tumeur et l'augmentation de la pression intracrânienne causée par l'œdème des papilles optiques; donc cette amélioration des fonctions auditives n'a aucun pronostic favorable. J. B.

Ein Fall von plötzlicher Taubheit nach Masern (Surdité subite après une rougeole), par F. ROHRER (*Corresp.-Bl. f. schweizer Aerzte, XXI, n° 24, p.* 603).

Une jeune fille de 12 ans est brusquement prise, au neuvième jour, d'une rougeole d'intensité moyenne, de surdité absolue des deux côtés. La conductibilité osseuse est complètement abolie et les sifflets les plus stridents ne sont pas perçus.

Les tympans sont normaux. Il existe un coryza chronique avec nasonnement, ainsi qu'une injection et du gonflement de la muqueuse pharyngée.

La douche de Politzer et le cathétérisme montrent que les trompes, bien qu'un peu rétrécies, sont perméables; ni l'une ni l'autre de ces manœuvres, non plus que des vésicatoires postauriculaires répétés, ne modifient l'ouïe qui revient subitement le vingt-unième jour avec un peu d'hyperacousie et sans qu'il se soit produit d'otorrhée. J. B.

Zur Casuistik der Gehirnaffectionen nach Otitis media (Exemple d'affection cérébrale causée par une otite moyenne), par Ed. APOLANT (*Berlin. klin. Woch., XXI, n° 42, p.* 675).

Femme de 57 ans; depuis huit jours, coryza; depuis quatre jours, fièvre, frissonnements et douleurs occupant la moitié droite du front et la tempe correspondante; depuis deux jours, enfin, hémiplégie gauche de la face et des membres. L'excitabilité électrique des muscles paralysés est conservée. Rien au cœur. Apophyse mastoïde droite murmurée, douloureuse à la pression. A droite, l'ouïe est perdue pour la voix et les sons, mais la conductibilité osseuse persiste. Tympan mat et jaunâtre; cinq jours plus tard, apparition d'une otorrhée; le sixième jour de cet écoulement, diminution de la

Digitized by Google

paralysie faciale ; quatre jours plus tard, amélioration des fonctions du bras disparition de la sensibilité mastoïdienne, diminution de la céphalée et cessation de l'otorrhée.

Au bout de trois nouveaux mois, les phénomènes paralytiques avaient à peu près disparu, mais l'audition de la voix chuchotée n'était encore possible qu'à 50 centimètres. J. B.

HYGIÈNE ET MÉDECINE MILITAIRES.

Traité d'hygiène militaire, par G. MORACHE (2e *édition, in-8°, Paris.* 1886).

La 1re édition de ce livre a été déjà analysée dans la *Revue* (IV, p. 328) : aussi étudierons-nous seulement les modifications apportées à cet ouvrage dont le plan général n'a été que peu modifié.

Dans le Ier livre, signalons l'étude du recrutement, complètement remaniée : l'auteur apprécie les résultats des opérations du recrutement et l'aptitude militaire physique de la population française (métropole et Algérie) depuis l'application de la loi de 1872.

Actuellement, il y a en moyenne 310,000 conscrits, 28 à 30 0/0 sont inaptes physiquement (les impropres au service représentent 10 à 11 0/0 ; les ajournés, 7 à 9 0/0 ; les services auxiliaires, 5 à 7 0/0) ; 25 à 27 0/0 bénéficient des dispenses légales. — Le chiffre des hommes propres à être incorporés varie de 43 à 47 0/0, auquel on doit joindre 3 ou 4 0/0 des ajournés des années précédentes, reconnus bons, ce qui donne environ 150,000 hommes que l'on peut envoyer chaque année dans l'armée active. Le nombre des jeunes gens qui, sans avoir été reconnus aptes au service actif, ont été cependant reconnus propres au service auxiliaire, est en moyenne de 15,000 : celui des ajournés à un nouvel examen, de 30,000 ; à l'inverse des admissions dans le service auxiliaire, les « ajournements tendent à devenir de plus en plus nombreux à mesure que la loi de 1872 est mieux comprise : il y a avantage, en effet, à ne pas statuer immédiatement sur les cas douteux et à les renvoyer à un nouvel examen ». — Quant à l'accroissement des jeunes gens reconnus annuellement impropres au service actif immédiat (exempts, ajournés, services auxiliaires — 70,000 en 1875, soit 28 à 29 0/0, et 93,000 en 1882, soit 30 0/0 des inscrits), il est dû à la sévérité des conseils de revision, plus grande actuellement qu'au lendemain de 1870, alors qu'on a voulu faire entrer le plus grand nombre possible de soldats dans l'armée, et souvent des non-valeurs qu'on a dû éliminer ; il faut aussi tenir compte de l'augmentation du chiffre des ajournés dont ultérieurement 3 ou 4 0/0 sont reconnus bons.

La loi du 6 novembre 1875 impose une année de service à tous les jeunes Algériens. Les résultats du recrutement de 1877 à 1884 montrent une proportion sensiblement croissante des inscrits (1,585 en 1877, et 2,577 en 1884) ; la moyenne annuelle des exemptés, ajournés et classés dans le service auxiliaire a été de 18 à 20 0/0, au lieu de 25 à 27 0/0, qui est la moyenne en France ; ils montrent encore la vigueur physique

Digitized by Google

des jeunes gens de race européenne : la presque totalité des exemptions portant sur les israélites, physiquement très inférieurs aux Européens. Les jeunes gens les plus vigoureux proviennent d'union entre Français et Espagnoles.

Au livre II sont décrits les nouveaux types de caserne de Tollet. Pour concilier les nécessités du service militaire, d'économie, d'hygiène, etc., l'auteur accepterait une caserne formée d'une série de pavillons isolés avec rez-de-chaussée surélevé au-dessus du sol, avec un premier étage également haut de plafond, surmonté de combles ne servant jamais à l'habitation, ensoleillés et aérés sur toutes les faces ; chaque pavillon recevrait 200 hommes au plus ; le groupe total ne dépasserait pas un régiment.

Le livre III, du vêtement et de l'équipement, le livre IV, de l'alimentation, ont été complètement remaniés, mis au point, et indiquent nettement les *desiderata* de ces diverses parties. Signalons plus particulièrement l'étude de la désinfection traitée à propos de chacun des milieux où on peut l'appliquer : habitations, immondices, vêtements, etc. Un chapitre nouveau, l'hygiène du service en mobilisation, celle des hôpitaux sédentaires et formations sanitaires ; enfin un appendice, dans lequel sont très brièvement présentées des statistiques de morbidité et de mortalité en temps de paix et en campagne, basées sur les événements de ces dernières années complètent ce remarquable ouvrage.

MAUBRAC.

Manuel de chirurgie d'armée, par AUDET (1 *vol. in*-18. *Paris*, 1886).

Quand doit-on opérer, et comment faut-il opérer ? — Deux questions que l'auteur étudie d'après les derniers travaux d'Otis, de Gurlt, de Fischer, etc.

La chirurgie de première ligne si importante et si difficile « parce qu'elle doit être immédiate, parce qu'elle pèse sur toute la chirurgie secondaire et que ses erreurs sont sans remède », est devenue moins sanglante : l'amputation primitive est réservée aux cas les plus graves, arrachements, dilacérations, broiement ; la résection est réservée aux cas spéciaux de chirurgie tardive ; la conservation est devenue la méthode générale de choix. Mais cette conservation n'est point systématiquement inactive ; elle est (dans la chirurgie des membres, plus particulièrement) :

1° *Expectative.* — Par exemple dans les fractures simples sans crépitation : occlusion immédiate antiseptique, après lavage des orifices ; pas d'extraction d'esquilles, ou extraction limitée par l'orifice de la plaie, tout au plus agrandie à l'aide d'une petite incision ;

2° *Opérative.* — Lorsque la fracture est comminutive : exploration antiseptique et extraction des esquilles par la plaie agrandie, ou à l'aide d'une incision pratiquée en des lieux d'élection ; résection des pointes osseuses ; drainage antiseptique. C'est la *résection réduite.*

L'immobilisation parfaite est le complément de la conservation.

L'amputation enfin sera la ressource dernière ; la résection typique, on le voit, disparaît totalement.

Ces préceptes généraux ne s'appliquent pas rigoureusement à toute

Digitized by Google

blessure ; aussi l'auteur étudie-t-il les indications chirurgicales pour les blessures de chaque région. L'intervention limitée et souvent impuissante dans les blessures de la tête et du tronc justifie leur étude concise. Les indications de l'intervention dans les blessures des membres sont plus longuement étudiées. Cette partie est la plus importante de l'ouvrage : des tableaux statistiques — résultats vitaux et fonctionnels, — d'après les résultats des dernières guerres, complètent l'exposition toujours sobre et méthodique.

Un très court précis de médecine opératoire, avec quelques détails sur l'hygiène chirurgicale et le service de santé en campagne, terminent ce manuel. MAUBRAC.

Traité des manœuvres d'ambulance, par A. ROBERT (grand in-8°, 634 pages, *Paris*, 1886).

« Le principal but de cet ouvrage est d'examiner en détail le matériel d'ambulance, et d'exposer dans son ensemble le fonctionnement du service de santé en campagne. »

Après avoir rappelé les obligations et devoirs des officiers du corps de santé, l'auteur étudie l'infirmerie régimentaire, son fonctionnement et surtout son approvisionnement : les différents objets contenus dans les sacs, sacoches d'ambulance, voiture régimentaire, etc., sont groupés sous forme de tableaux méthodiques.

Un long chapitre est consacré exclusivement aux brancardiers régimentaires : le relèvement des blessés, la manœuvre du brancard, les manœuvres de la voiture d'ambulance, des cacolets, des litières, d'embarquement en wagon, l'improvisation des moyens de transport. — Quelques mots sur les règlements concernant le service médical extérieur dans les corps de troupe en garnison termine le premier livre, ayant trait aux dispositions diverses du service régimentaire à l'intérieur.

Le livre II est consacré au service de l'avant (service de santé en campagne), et c'est avec grand soin que l'auteur étudie le service dans les diverses armes, en station, en marche, au combat. — « La condition la plus importante du service médical est d'obtenir par la division du travail et par la prompte organisation des secours la dissémination la plus rapide des blesses transportables et le traitement immédiat sur place de ceux qui sont plus grièvement atteints. »

Dans l'infanterie, les blessés seront classés : 1° blessés légers, qui peuvent être conservés au régiment ; 2° ceux qui peuvent être dirigés immédiatement en arrière ; 3° ceux dont les lésions graves indiquent une terminaison fatale prochaine.

L'étude des ambulances, personnel, matériel et fonctionnement, vient ensuite. La voiture de chirurgie qui transporte des médicaments, des instruments de chirurgie, et de nombreux matériaux de pansement (1,850 pansements environ, et pouvant soigner 40 à 50 fractures de chaque segment de membre) est le sujet d'une étude critique dans laquelle sont signalées les défectuosités de ce matériel. Il y aurait, par exemple, tout avantage à remplacer les casiers fixes de la voiture de chirurgie par des cantines ou paniers qu'on pourrait transborder sur la première voiture venue ou charger sur des mulets en cas de besoin.

L'auteur s'occupe ensuite du relèvement des blessés au poste de se-

Digitized by Google

cours, de la réception et de l'examen du blessé, des opérations dont l'urgence immédiate est reconnue, du classement des blessés suivant leur degré de transportabilité.

Les hôpitaux de campagne destinés à relever les ambulances, à continuer les évacuations, à traiter sur place et jusqu'à leur relèvement les blessés non évacués, à renforcer éventuellement l'action des ambulances sur le champ de bataille, deviennent à un certain moment sédentaires, et lorsqu'ils sont temporairement immobilisés, peuvent devenir l'avant dans la zone de l'arrière, et être des centres actifs d'intervention. De toutes les constructions utiles à l'hôpital provisoire, la tente d'ambulance Mignot-Mahon paraît le mieux convenir à l'hôpital de campagne : elle peut contenir trente-deux lits ou trente-huit brancards, pèse 450 kilos, est dressée en trois heures, et résiste aux plus forts coups de vent.

Signalons aussi une très longue exposition du service des étapes et des évacuations (hôpitaux d'évacuation, transports par eau, par voies de fer, trains sanitaires, etc.) et du fonctionnement des hôpitaux temporaires.

Les conditions particulières dans lesquelles se fait le service durant les sièges sont rapidement indiquées.

Le livre IV est consacré au service de santé dans les colonies, dans les corps expéditionnaires, et dans les guerres de montagne. Citons, comme plus particulièrement étudié : les évacuations des malades ou blessés, et les moyens de transport utilisables.

Un appendice sur la convention de Genève, les sociétés de secours, de l'assistance volontaire, termine ce travail, qui sera utile à tous les médecins militaires en leur présentant les modifications apportées aux approvisionnements de campagne et aux dispositions réglementaires : il sera également utile aux médecins civils éventuellement appelés par une mobilisation, en leur donnant les renseignements qui leur seront nécessaires pour la nouvelle mission qu'ils auront à remplir. MAUBRAC.

Transport par chemins de fer des blessés et malades militaires, par P. REDARD (1 *vol.*, *Paris* 1885).

L'auteur expose avec longs détails les mesures et règlements adoptés aux Etats-Unis et en Europe pour les transports de blessés, le fonctionnement de ce nouveau service durant les dernières guerres, et les services rendus.

De l'examen et de l'expérience des différents moyens de transformation rapide des wagons : litières formées sur le plancher par de la paille, brancards ordinaires sur le plancher, il résulte que ces moyens sont insuffisants ou dangereux : les cadres mobiles de Beaufort exigent un matériel trop considérable.

Les trains sanitaires, sans addition de wagons transformés, ne peuvent être recommandés. Les wagons-cuisines et pour les médecins sont les seuls wagons qui doivent être préparés à l'avance et en certain nombre pendant la paix, prêts à servir en temps utile.

Il faut construire des wagons à voyageurs pouvant servir au transport des voyageurs et des blessés militaires : ces wagons joints aux wagons spéciaux formeraient les trains pour les évacuations à grandes distances.

Digitized by Google

L'auteur étudie ensuite les divers systèmes adoptés aux États-Unis et en Europe pour la transformation rapide du matériel existant en wagons-ambulances. En France, les wagons à marchandises seuls peuvent être utilisés, mais en raison des trépidations pénibles causées par le défaut d'élasticité des ressorts, leur emploi est limité aux évacuations primitives et à de courtes distances. Après avoir décrit la composition du train sanitaire, les catégories de blessés, la ventilation, chauffage, etc, l'auteur expose son système de transformation et aménagement des wagons à marchandises, au moyen de brancards pour lesquels il a imaginé un système ingénieux et pratique de suspension. MAUBRAC.

Sulle condizioni sanitaria dell'esercito italiano nel decennio 1871-80 (Conditions sanitaires de l'armée italienne de 1871-1880), par MAESTRELLI (*Annali universali di med. octobre* 1885).

Contrairement à l'opinion de Sormani que la mortalité de l'armée italienne, de 1870 à 1875, a constamment et notablement augmenté, l'auteur croit pouvoir affirmer que cette mortalité a beaucoup diminué depuis 1875. Cette mortalité, qui était de 13,28 0/00 en 1875, est tombée à 10,50 0/00 en 1883. Il résulte de la comparaison que fait l'auteur entre les diverses armées européennes, que c'est l'armée prussienne qui offre la plus faible mortalité (de 1873 à 1879, elle n'a été que de 5,6 0/00). L'auteur attribue cette faible mortalité au mode de recrutement régional adopté en Prusse, et montre que la mortalité s'abaisse de la même manière pour les compagnies alpines et pour les compagnies de santé, qui se recrutent suivant le mode régional en Italie. F. BALZER.

Remarques anthropologiques, médicales et démographiques sur la validité du soldat et sur la durée du service militaire, par LAGNEAU (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 2e *série, t. XV, n° 1*).

L'auteur étudie l'influence que la réduction du service militaire peut exercer sur l'avenir de la race française. Les soldats libérés de bonne heure se marient, en effet, plus tôt, ce qui a son importance au point de vue de l'accroissement de la population. A cette question se rattache celle de la solidité réelle du conscrit au moment où il est appelé sous les drapeaux.

Champoullion a remarqué qu'après l'âge de 21 ans, chez les ajournés, la croissance était généralement peu sensible. La taille moyenne des hommes à 20 ans est d'environ 1m,67 ; à 25 ans, elle est de 1m,68. D'après Topinard, la taille s'accroit régulièrement jusqu'à 20, 25, 30 ans, et même au delà. Les Allemands et les Scandinaves atteignent leur maximum après 20 ans, les Anglais après 25, les Belges à 30, les Français et les Irlandais après 30. Il résulte de là que c'est chez les Français que l'accroissement s'effectue le plus lentement, et que c'est précisément dans les dernières périodes de cet accroissement qu'on exige d'eux le service militaire. Ce service est-il plus avantageux pour l'homme que la vie sédentaire, et en particulier le séjour des usines et des fabriques? L'auteur n'hésite pas à répondre affirmativement, mais sous certaines réserves. En principe, suivant lui, tous les hommes valides sont généralement aptes à supporter à 20 ans les fatigues de l'instruction militaire.

Digitized by Google

Des ajournements successifs permettent d'ailleurs d'attendre que leur développement soit suffisant. D'autre part, les hommes antérieurement instruits, rappelés de leurs foyers, sont, par leur développement physique plus complet, parfaitement à même de résister aux fatigues de la guerre. Il faut, pendant la période d'instruction, éviter autant que possible les casernes urbaines, véritables foyers d'infection, et faire séjourner les hommes à la campagne, au grand air, ce qui a en outre l'avantage de faciliter les manœuvres. Enfin le service à l'armée doit être limité au temps strictement nécessaire pour acquérir et entretenir l'instruction militaire. Cette réduction de la durée du service serait d'ailleurs facilitée par les exercices préparatoires pratiqués dans les collèges et dans les écoles, exercices des plus salutaires d'ailleurs à la santé et au développement physique des enfants. GASTON DECAISNE.

I. — Quelques expériences sur les effets du fusil Rubin, par Jacques-Louis REVERDIN (*Revue médic. de la Suisse romande, IV*, 704).

II. — Effets des projectiles du Vetterli sur le crâne, par ZIEGLER et par KOCHER (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n.* 10, *p.* 246, 13 *mai* 1884).

III. — De la déformation des projectiles sur les pièces du squelette. Indications que l'on peut tirer de ces déformations pour le diagnostic des fractures, par BOUSQUET, rapport par CHAUVEL (*Bull. et mém. de la Soc. de chir., XI, p.* 624-633).

I. — Le projectile du fusil Rubin, actuellement à l'essai dans l'armée suisse, est en plomb dur. Son diamètre et son poids sont moindres, sa vitesse plus grande que ceux du Vetterli. Il produit aussi des lésions absolument différentes.

A 225 mètres, une balle de Vetterli brise le fémur en des fragments beaucoup plus nombreux et plus petits, dont une partie est projetée du côté de la sortie du projectile. Là, les parties molles sont réduites en bouillie; la peau présente une large ouverture à fissures multiples, à lambeaux renversés en dehors, avec des franges de muscles et des débris d'aponévroses.

Avec la balle du Rubin, rien de semblable. Les trajets de sortie et d'entrée sont, à part la forme de l'orifice et la déchirure du périoste, identiques. L'orifice de sortie est une simple fente linéaire très courte; il n'y a pas d'issue d'os, pas de projection de muscles ou de tissus fibreux, pas d'attrition du tissu musculaire qui est coupé nettement sur l'os; l'ouverture d'entrée dans le périoste est petite, laissant la gaine périostique presque intacte, tandis qu'elle est déchirée plus largement du côté de la sortie.

En somme, au point de vue thérapeutique, dans une fracture de cuisse par Vetterli à courte distance, la désarticulation est la seule chance, très précaire, de salut. Au contraire, les lésions par les balles Rubin permettent de songer à la conservation du membre par l'occlusion antiseptique. J. B.

II. — Un homme, qui traversait un champ de tir, fut atteint à 1,300 mètres par une balle de fusil Vetterli. Le coup avait été tiré à 300 mètres; mais, du but, le projectile ricocha sur le gazon 1,000 mètres plus loin. Cet accident a permis de mesurer exactement de combien la vitesse du projectile était dimi-

Digitized by Google

nuée par le ricochet; le résultat des mensurations a donné le chiffre de 50 mètres par seconde.

La balle a pénétré dans le crâne au niveau de la tempe droite; l'orifice d'entrée est arrondi et net; son point de sortie se trouve dans la paroi crânienne gauche; il est déchiré, esquilleux, et le projectile y est resté.

Sur la balle on voit les effets produits par son aplatissement et son mouvement de rotation : un fragment présente une encoche faite par l'os, et un autre est complètement détaché. J. B.

III. — Les balles, en arrivant sur les pièces résistantes du squelette, subissent, suivant l'incidence sous laquelle elles abordent les tissus, des déformations qui peuvent toutes être ramenées à deux types : déformations de pointe et déformations latérales. Les déformations de pointe, très variables et susceptibles d'aller jusqu'à l'aplatissement le plus complet de la balle, correspondent, suivant leur degré, à des lésions osseuses diverses : simple empreinte, fractures à grandes esquilles latérales, fractures en sac de noix. L'aplatissement total d'une balle ne comporte pas quand même l'existence d'une fracture complète. Si la vitesse du projectile est insuffisante pour triompher de la résistance du tissu osseux, on trouve au point de contact une simple empreinte et, du côté opposé, une ou plusieurs fêlures (fêlures symétriques).

La déformation latérale correspond, dans la majorité des cas, à une simple empreinte du côté de l'os; dans quelques circonstances cependant, il existe des fêlures, même des fractures à grandes esquilles, mais sans disjonction des fragments.

Il est toujours facile, par l'aspect de la balle, de reconnaître les perforations et les gouttières.

Toutes les fois donc qu'une balle sera restée dans les parties molles et que son extraction pourra être faite sans inconvénient, le chirurgien ne devra jamais manquer d'examiner les déformations qu'elle présente; il peut en tirer, en effet, des indications capitales pour le diagnostic.

M. H.

Des fractures dites indirectes des os longs par petits projectiles de guerre, par LACRONIQUE (*Arch. de méd. milit., août* 1886).

L'auteur étudie les fractures qui, produites par causes directes (balles), sont nommées cependant indirectes parce qu'elles ne siègent pas au point frappé. Ces fractures se produisent sur les os longs, à quelques centimètres du lieu d'application de la force et sont indépendantes des dégâts produits au point de contact. Se basant sur l'examen de neuf cas cliniques qu'il a pu rassembler, et de résultats expérimentaux (pièces déposées au musée du Val-de-Grâce), l'auteur admet que la distance du trait de fracture au point touché est en moyenne de 6 centimètres. Si le point de contact est au-dessus du milieu de la diaphyse, la fracture est au-dessous, et inversement. Entre ces deux points (de contact et de fracture), existe quelquefois une fêlure, plus ou moins profonde, une fissure transversale isolée ou concentrique; quelquefois ces lésions sont absentes.

Le mécanisme de production de ces fractures paraît être le suivant : en arrivant au contact, la balle, qui doit être animée d'une vitesse très faible, se déforme, s'aplatit, devient plus contondante, mais moins

Digitized by Google

perforante. Si la force vive restante est inférieure à la résistance du point frappé, la rupture ne se produit pas en ce point, mais un peu plus loin, en un lieu de moindre résistance, en raison de la flexion de l'os comprimé et ébranlé sur une étendue d'autant plus grande que la balle est plus déformée. MAUBRAC.

Sublimat-papier als Verbandmaterial (Pansement au papier sublimé), par GŒDICKE (*Deutsche militärarst Zeitschrift, n° 8, p. 387, 1886*).

L'auteur recommande vivement ce mode de pansement, qu'il a employé, au début, pour les petits traumatismes et, plus tard, pour de plus considérables, extirpation de ganglions cervicaux, désarticulations d'orteils, de doigts, une plaie d'amputation de cuisse réunie par première intention.

Le papier à filtrer imprégné de solution sublimée à 2 0/00 est surtout bon pour les plaies récentes. Dans les plaies compliquées des doigts, il peut agir comme immobilisant lorsqu'on en emploie plusieurs couches. On peut le laisser en place deux ou trois jours. En l'absence d'autre pansement antiseptique, on peut encore employer le papier sublimé pour des plaies plus anciennes suppurantes, et les rendre aseptiques. (Voy. *R. S. M.*, XXVII, p. 267.) MAUBRAC.

Zur Belastung und Entlastung des Infanteristen (*Militair Wochenblatt, n° 1999, supplém.*)

Dans un article anonyme, la question de la charge du fantassin est traitée d'une façon très compétente. Voici les principales améliorations réclamées:

1° Diminuer de 10 centimètres la hauteur des demi-bottes ; rétrécir le bas du pantalon; adapter le système de lacets Schaftvand;

2° Supprimer le sabre (devenu inutile par l'introduction des haches de campagne); transformer la baguette du fusil en baïonnette.

3° Introduire les courroies et cartouchières en toile ; supprimer la lourde plaque du ceinturon; alléger le cadre du sac en le construisant en acier et en bambou ;

4° Répartir les outils de campagne et les ustensiles de cuisine, de telle façon qu'un homme sur deux porte des ustensiles de cuisine ;

5° Alléger le casque en amincissant les ornements et en changeant le mode d'attache des gourmettes;

6° Supprimer toutes les pièces en métal brillant;

7° Alléger le bidon;

8° Supprimer les moulins à café;

9° Alléger les étuis de cartouches ; supprimer les étuis métalliques ;

10° Alléger le fusil ;

11° Réduire à trois rations les vivres de réserve du sac;

12° Modifier le col du manteau : le rendre plus léger et plus commode.

A. C.

Digitized by Google

REVUE GÉNÉRALE.

DE L'ACTINOMYCOSE,

Par ALBERT MATHIEU.

Consulter dans la *Revue* :

Fürbringer, VIII, 106; *Pflug*, XX, 60; *Ponfick*, *Pflug*, XXI, 539; *Fischel*, XXII, 476; *Canali*, XXII, 476; *Firket*, *Belfield*, *Israël*, *Perroncito*. *Virchow*, *Bricon*, *Longuet*, XXV, 50; *Wolff*, XXV, 82; *Bostroem*, *Israël*, *Virchow*, *Landau*, *Kœhler*, XXVI, 561; *Zemann*, 570.

Voyez en outre les travaux suivants :

TRAITÉ D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE GÉNÉRALE, par **Lebert** (1857). — TRAITÉ DU MICROSCOPE, par **Robin** (1871). — SARCOMA FIBROSO AL BORDO INFERIORE DELLA BRANCA MASCELLARE SINISTRA DEL BOVE, par **S. Rivolta** (*Medico-veterinario*, p. 125, *janvier* 1868). — OSTEOSARCOMA DELLA MASCELLA ANTERIORE E POSTERIORE NEI BOVINI, par **Ed. Perroncito** (*Enciclopedia agraria italiana di G. Cantani*, *vol. III*, *p.* 569, 1875). — DEL COSI DETTO FARCINO O MOCCIO DEI BOVINI ET DELLA COSI DETTA TUBERCULOSI O MAL DEL ROSPO DELLA LINGUA DEI MEDESIMI ANIMALI, par **Rivolta** (*Giornale di anat. e di fisiol. degli animali*, 1875). — UEBER EINE PILZKRANKHEIT BEIM RINDE, par **O. Bollinger** (*Centralblatt f. med. Wiss.* n° 27, *p.* 481, 1877). — SUL COSI DETTO MAL DEL ROSPO E SULL'ACTINOMYCES BOVIS DI HARZ, par **Rivolta** (*Clinic. veterin. del prof. Lanzilotti Buonfanti*, 7, 8, 9, 1878). — EINE NEUE PILZKRANKHEIT BEIM RINDE, par **Neuschied** (*Œsterr. Monatschr. f. Thierheilk.*, n° 8, 1878). — NEUE BEOBACTHUNGEN AUF DEM GEBIETE DER MYKOSEN DES MENSCHEN, par **James Israel** (*Arch. f. path. Anat.*, *LXXIV*, *p.* 15, 1878). — ACTINOMYKOSE DER RACHENSCHLEIMHAUT IN FORM EINES FAUSTGROSSEN TUMORS, par **Bollinger** (*Jahresb. der K. Central-Thierarzneischule in München*, *p.* 45, 1876-1877). — FÜNF FÄELLE VON ACTINOMYCOSE DER ZUNGE BEIM RINDE, par **le même** (*Ibid.*, *p.* 45). — L'ACTINOMYCES BOVIS DI HARZ E DI SARCOMI NEI BOVINI, par **Ed. Perroncito** (*Acad. agricola di Torino*, 1878). — SUL COSI DETTO MAL DEL ROSPO DELLA TRUTTA E DELL' ACTINOMYCES BOVIS, par **Rivolta** (1878). — RICERCHE SULLA MICOSI SARCOMA-

Digitized by Google

TOSA DEI BOVINI. par **Piana** (*Memorie del Acad. delle scienze di Bologna*, *t. X*, *fasc.* 2). — UEBER EINE WARSCHEINLICH MYCOTISCHE FORM VON WIRBELCARIES, par **Ponfick** (*Berlin. klin. Wochenschs*, *n° 23*, *p.* 345, 1879).— NEUE BEITRAEGE ZU DEN MYKOTISCHEN ERKRANKUNGEN DES MENSCHEN, par **James Israël** (*Arch. f. pathol. Anat. und Physiol.*, *Bd. LXXVIII*, *p.* 521, 1879). — ACTINOMYCES BOVIS, EIN NEUER SCHIMMEL IN DEN GEWEBEN DES RINDES, par **Harz** (*Jahresber. der königl. Central-Thierarzneischule zu München*, *p.* 125, 1877-1878). — SUL COSI DETTO MAL DEL FORBICE, par **Nosotti** (*La clinica veterinaria*, *p.* 342, 1879). — EINIGE FAELLE VON ACTINOMYKOSIS, par **Johne** (*Ber. üb. den Veterinärwesen im königl. Sachsen*, *p.* 71, 1879). — EPULIS VOM RINDE MIT ACTINOMYCES BOVIS, par **Perroncito** (*Dresde*, 1879). — SOPRA UN NUOVO MICROMICETA DEL CAVALLO. NOTA PREVENTIVA, par **Rivolta** (*Gugliélmo da Saliceto*, *anno I*, *p.* 145, 1879). — UEBER DEN ACTINOMYCES BOVIS UND DIE SARCOME DER RINDER, par **Perroncito** (*Deut. Zeitschr.*, *Bd. V*, p. 33, 1879). — RICERCHE INTORNO ALLA MICOSI SARCOMATOSA NEI BOVINI, par **Piana** (*Giornal di anat. fisiol. i patholog. degli animali*, *XI*, 209, 1879).— ZUR KENNTNISS DER STRAHLENPILZERKRANKUNGEN BEIM MENSCHEN, par **Rosenbach** (*Centralb. f. Chirurgie*, *n° 15*, *p.* 225, 1880).— DIE ACTINOMYKOSE IST EINE DURCH IMPFUNG ÜBERTRAGBARE INFECTIONSKRANKH., par **Johne** (*Centralbl. f. d. med. Wiss. p.* 881, 1880). — UEBER ACTINOMYKOSE DES MENSCHEN UND DER THIERE, par **Ponfick** (*Allgem. Wien. med. Zeitg*, *XXV*, *p.* 431, 1880).— WEITERES ZUR KENNTNISS DES STRAHLENPILZES (ACTINOMYCES BOVIS), par **le même** (*Ibid.*, *p.* 273, 1881). — ZWEI FAELLE VON ACTINOMYCOSE, par **Partsch** (*Bresl. ärtzlich. Ztschr.*, *Bd. III*, *p.* 78, 1881). — EIN FALL VON ACTINOMYKOSE BEIM MENSCHEN, par **C. Weigert** (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *Bd. LXXXIV*, *p.* 305, 1881). — DIE ACTINOMYKOSE DER STRAHLENPILZERKRANKUNG, par **Johne** (*D. Zeitschr. f. thier. Med. u. vergl. Pathol. Bd. VIII-X*, *p.* 140, 1881). — DIE STRAHLENNPILZERKRANKUNG, par **Csokor** (*Allgem. Wien. med. Zeit.*, *n° 43*, *p.* 430, 1881). — DIE ACKINOMYKOSE DES MENSCHEN, ETC., par **Ponfick** (*Berlin*, 1882). — DISCUSSION SUR LA PRIORITÉ DE LA DÉCOUVERTE DE L'ACTINOMYCOSE ENTRE PONFICK ET J. ISRAEL, (*Arch. f. path. Anatomie et Physiol.*, *vol. LXXXVII et LXXXVIII*). — DI UNA NUOVA SPECIE DI MICROMICETE E DI SARCOMA DI CAVALLO, par **Micellone et Rivolta** (*Giornale di anat. fisiol. e pathol. degli animali*, *p.* 20, 1882). — LUNGENACKINOMYKOSE IN FORM ACUTER MILIARTUBERCULOSIS BEI EINER KUH, par **Pflug** (*Centralbl. f. die med. Wiss. n° 14*, *p.* 241, 1882). — UNA NUOVA MALATTIA DA PARASITI VEGETALI, par **Bizzozero** (*Gaz. degli ospedali*, 1882). — ACTINOMYKOSE, par **Johne** (*Central. f. d. med. W.*, *p.* 625, 1882). — EIN FALL VON TÖDTLICH VERLAUFENDER ACTYNOMYKOSE BEIM MENSCHEN par **Moosdorf et Birsch-Hirschfeld** (*Jahresber. d. Gesel. f. Natur u. Heilkunde*, *in Dresden.*, *p.* 82, *et Centralbl. f. d. med. Wiss.*, *n° 51*, *p.* 943, 1882). — ACTINOMYKOSIS BOVIS, par **Ane** (*Veterinary London V*, 811, 832, 1882). — LUNGENACTINOMYKOSIS EINER KUH, par **Hinck** (*Centralbl. f. d. med. W.*, p. 801, 1882). — ERFOLGREICHE UEBERTRAGUNG DER ACTINOMYKOSE DES MENSCHEN AUF DEM KANINCHEN, par **James Israël** (*Centralbl. f. d. med. W.*, *n° 27*, *p.* 481, 1883). — EIN FALL VON ACTINOMYCOSIS HOMINIS, par **Aufrecht** (*Pathol. Mittheilungen*, *Heft II*, *p.* 50, 1883). — BEITRAG ZUR LEHRE VON DER ACTYNOMYKOSE, par **A. Fichten** (*Thèse de Halle*, 1883). — EIN FALL VON GEHEILTER ACTINOMYKOSE, par **E. Müller** (*Mittheil. a. d. chir. Klin. zu Tubingen*, 1883). — BEITRAG ZUR KENNTNISS DER LUNGENACTINOMYKOSE, par **X...** (*Arch. f. W. u. path. Thier.*, *p.* 447-450, 1883). — ON A CASE OF ACTINOMYCOSIS, par **W.-R. Treves** (*The Lancet*, *7 janvier* 1884). — L'ACTINOMYCOSE DE L'HOMME ET DES ANIMAUX, par **Firket** (*Rev. de méd.*, 273, 1884). — UEBER ACTINOMYCES, par **O. Israël** (*Arch. f.*

Digitized by Google

path. Anat. u. Phys., *p.* 175, *XCVI*, 1884). — Der Strahlenspilz-Actinomyces Harz und seine Entwickelungsformen, **par Karsten** (*Deutsch. med. Woch.*, *p.* 264, *X*, 1884). — Ein Beitrag zur Kenntniss der Actinomykose des Menschen, **par K. Middeldorf** (*Ibid.*, 225, 1884). — Sur un cas d'actinomykose, etc., **par Nocard** (*Arch. vétér.*, 241, *XIX*, 1884).—L'actinomicose, **par Bizzozero** (*Gaz. degl. ospedali*, *n°* 22, 1884). — Die Strahlenspilzerkrankung, **par B. Bang** (*D. Ztschr. f. Thiermedicin*, 249, *X*, 1884). — Contribution a l'étude de l'actinomycose **par Mauri** (*Rev. méd. de Toulouse*, 617, 1884). — Ueber Actinomycose, **par Roger** (*Aertzl. Int. Bl. München*, *p.* 583, *XXXI*, 1884). — Ueber ein Fall von Actynomykose, **par J. Wolf** (*Bresl. aertzl. Ztschr.*, 284, *VI*, 1884). — Ein Fall von Actinomycosis Hominis, **par König** (*Th. de Berlin*, 1884). — A case of actinomycosis in a heifer, **par Whitney** (*Boston med. journ.*, 532, *CX*, 1884). — Demonstration von Actinomyces in Schweinfleisch, **par O. Israël** (*Soc. de médecine de Berlin, in Berlin. klin. Wochensch.*, *p.* 189, 1884). — De l'actinomycose, **par Bricon** (*Progrès médical*, *n°s* 7 *et* 9, 1884). — Sur un cas d'actinomycose chez l'homme, **par P. Meyer** (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 99, *XIII*, 1884). — Ein Fall von geheilter Actinomycose, **par E. Müller** (*Med. Corr. Blatt. d. Würtemb. Aerzt.*, 1884). — De l'actinomycose, **par Longuet** (*Union médicale* 6-8 *mars* 1884). — De l'actinomycose, **par Dreyfus-Brisac** (*Gaz. hebdomad. de méd.*, *p.* 341-343, 1884). — De l'actinomycose (*Semaine méd.*, *p.* 126, 198, 476, 1884). — Les actinomycètes trouvés dans le pus d'un ulcère, **par Landau** (96-117, *Semaine méd.*, 1884). — Strahlenpilze im Schweinfleisch, **par Johne** (*D. Zeitschr. f. thier Med.*, *p.* 236, 1884). — A propos d'un cas d'actinomycose abdominale, **par Verriest** (*Soc. de méd. de Belgique; Sem. méd.*, 476, 1884). — **Bargum** (*Th. de Kiel*, 1884). — Actinomycètes dans un abcès, **par Landau** (*Berlin. klin. Wochenschr.*, *p.* 120, 1884).—Actinomycosis in the human subject, **par J.-B. Murphy** (*New York med. journ.*, *X*, 17, 19, 1885). — Ueber einen Fall von Aktinomykose, **par J. Wolf** (*Breslau. aerzl. Zeitschr.*, *VII*, 31, 1885). — Ueber Actinomycose ohne Actinomyces, **par Ponfick** (*Bresl. aerzl. Zeitschr.*, *VII*, 30, 1885). Beitraege zur Diagnostik u. Casuistik der Aktinomycose, **par L. Magnussen** (*Inaug. Diss. Kiel*, 1885).— Klin. Beitraege zur Kenntniss der Aktinomykose des Menschen, **par J. Israël** (*Berlin*, 1885). — L'actinomicosi broncopolmonare primitiva nell' uomo, **par S. Conti** (*Rivista veneta di sc. med. III*, *fasc.* 2 *et* 3, 1885). — Zungenaktinomykose, **par Johne** (*Jahresb. d. Gesell. f. natur. u. Heilk. in Dresden*, 1885). — L'actinomycose, Rev. gén., **par Toison** (*Journ. des scienc. méd.*, *Lille*, 20 *nov.* 1885). — Vergleichende Morphologie u. Biologie der Pilze, **par de Bary** (1884). — Étude sur l'actinomycose de l'homme et des animaux, **par J. Jeandin** (*In-8°*, *Genève*, *Bâle*, *Lyon*, 1886). — Ein Fall von Aktinomykose unter dem Bilde einer acuter Infections Krankheit verlaufend, **par Arnold Hiller** (*D. Arch. f. klin. Med. Band XXXVII*, *Heft* 4, *p.* 371, 1885). — Actinomykose der Zunge, **par Hacker** (*Soc. méd. de Vienne*, 17 *avril* 1885). — A case of acute Tubercule of the Liver agreeing completely with the so called actinomycosis, **par John Harley** (*Brit. med. journ. p.* 1018, *nov.* 1885, *Discus. par Scharkey*). — Ueber Aetiologie und Ausbreitungsbezirk der Actinomycose, **par Soltmann** (*Jahresb. f. Kinderheilk.*, *p.* 129, 1886). — Ein Beitrag zur Pathogenese der Lungenaktinomykose, **par J. Israël** (*Centralbl. f. d. med. Wissens.*, *n°* 18, 1886). — Inoculation d'actinomyces accidentelle chez un cheval, **par E. Perroncito** (*Arch. ital. de Biol.*, *janvier* 1886). — Ueber aktinomycose der Lungen, **par Peltauf** (*Soc. méd. de Vienne*, 5 *fév.* 1886). — Actinomykose der Knochen, **par Kundrat** (*Soc. méd. de Vienne*, 5 *fév.* 1886). — Actinomykose, **par**

Digitized by Google

Marchand (*Eulenburg Encyclopædie*). — De l'actinomycose chez l'homme, par Winogradow (*Russkaia med.*, n° 1, 1886). — Ein Beitrag zur Pathogenese der Lungenartinomycose, par J. Israël (15e *Congrès des chir. allem.*, *Cent. f. Chir.* n° 24, 1886). — Vorstellung mehrerer Patienten mit Aktinomycose, par Retter (*Ibid.*). — Note sur l'actinomycose de l'homme, par T. Acland (*Brit. med. journ.* 1159, *juin* 1886).

Définition. — L'actinomycose est une maladie dont le développement est dû à un champignon qui se montre le plus souvent sous forme d'agglomérations radiées visibles à l'œil nu. Cette maladie, découverte d'abord chez le bœuf, se présente chez l'homme avec des aspects variés qui rappellent tantôt la tuberculose, tantôt la pyémie.

Historique. — La première description de l'actinomycose en tant que maladie distincte appartient à un auteur italien, Rivolta, qui signala, en 1868, l'existence de corpuscules particuliers analogues aux bâtonnets de la rétine dans un prétendu sarcome du maxillaire inférieur du bœuf. En 1875, Rivolta donne de nouveaux détails et décrit avec une réelle précision les espèces de cristaux rencontrés au sein des productions pathologiques.

La même année (1875) Perroncito donne dans l'*Encyclopédie agraire de Cantani* une description exacte d'éléments, de corpuscules particuliers qui se rencontrent dans l'ostéosarcome du bœuf et qu'il considère comme devant être vraisemblablement des cryptogames.

Bollinger de son côté, sans connaître les travaux des auteurs italiens, observait des faits analogues. Le 16 mai 1876, il entretenait la société de morphologie et de physiologie de Munich de productions morbides fréquentes chez le bœuf, dont il donnait une fidèle description. Bien connues des éleveurs, elles étaient considérées par les vétérinaires tantôt comme un ostéosarcome, un cancer des os, tantôt comme de la tuberculose, de l'ostéite, etc.

Bollinger avait rencontré aussi dans les petits centres de ramollissement de ces productions des corpuscules particuliers qu'il soumit à l'observation de Harz. Celui-ci reconnut à ces corpuscules la structure des champignons, et, pour indiquer à la fois leur aspect et leur nature, il leur donna, à cause de leur disposition radiée, le nom d'*actinomyces* (champignons en étoile).

La maladie nouvelle ne tarda pas à être découverte chez l'homme. Cependant son identité avec l'actinomycose du bœuf ne fut pas tout d'abord reconnue.

Le 2 septembre 1878, James Israël publia dans les *Archives de Virchow*, des observations de mycose humaine. Dans les abcès multiples d'un homme chez lequel on avait, faute de mieux, posé le diagnostic de pyémie chronique, il signala la présence de champignons qui lui parurent être la cause même de la pyémie. D'après l'avis du botaniste F. Cohn, il les rangeait à côté des streptothrix de Fœrster.

Langenbeck, auquel il avait fait part de cette découverte, reconnut immédiatement l'identité de ce fait avec un fait semblable observé par lui en 1845, et encore inédit. L'observation, très précise de Langenbeck, fut jointe au mémoire de J. Israël.

Ce diagnostic rétrospectif n'est du reste pas isolé, et l'on a pu ranger

Digitized by Google

avec certitude dans l'actinomycose des faits rapportés par Lebert et Robin. Ces auteurs avaient décrit dans le pus des corpuscules arrondis analogues à des cristaux radiés, dont la nature les avait beaucoup intrigués : c'était des actinomycètes.

Peu de temps après, Ponfick rencontrait les mêmes champignons radiés dans le pus d'un phlegmon prévertébral, chez l'homme. Il reconnaissait leur identité avec l'actinomycose de Bollinger et de Harz... Il s'ensuivit une longue discussion avec J. Israël à propos de la priorité de la découverte de l'actinomycose de l'homme.

Les observations du reste se multiplièrent et il fut bientôt possible de donner de la maladie nouvelle une description d'ensemble.

Actinomycose des animaux. — Il résulte de l'historique qui précède que l'actinomycose a été tout d'abord décrite, chez le bœuf, par Rivolta et Perroncito en Italie, par Bollinger en Allemagne. C'est dans ce dernier pays une maladie très fréquente qui est connue des cultivateurs et des éleveurs sous des noms très variés (tumeur de malédiction, fléau, joue épaisse, langue de bois, bubon du menton, tumeur de la mâchoire, etc.). Dans certaines régions elle est très fréquente, et l'on compte jusqu'à cinq bœufs sur cent atteints de ce genre de tumeurs. Elle a été signalée en France par MM. Nocart et Mauri. Du reste les observations antérieures de Lebert et de Robin montrent qu'elle existait déjà dans notre pays à l'époque où ces auteurs en donnaient la discription encore innommée.

Les vétérinaires déguisaient sous des noms plus savants, mais multipliés, leur ignorance réelle de la nature de l'affection qu'ils rapportaient au sarcome, au cancer, à la scrofule, à la tuberculose, au spina ventosa, à l'ostéite, au farcin, à la morve, etc.

La dénomination, la plus souvent usitée, était celle d'ostéosarcome. Des tumeurs conservées sous ce nom dans les collections des écoles vétérinaires ont été trouvées pourvues du champignon étoilé caractéristique de l'actinomycose.

Chez le bœuf, l'actinomycose se présente le plus souvent sous l'aspect d'une tumeur du maxillaire inférieur, plus rarement du supérieur, qui justifie, à première vue, la dénomination d'ostéosarcome. Le maxillaire est envahi par une masse bourgeonnante d'un blanc grisâtre qui l'attaque par le périoste ou par les cavités alvéolaires. L'os est désagrégé, creusé par une sorte d'ostéoporose dans les cavités de laquelle s'engage la tumeur. Des lames osseuses, des trabécules plus ou moins étendues sont ainsi séparées et détachées. Parfois le travail morbide se fait au centre de l'os, dans la cavité du maxillaire. L'os se désagrège, pendant que sa périphérie se durcit. D'autres fois, quand l'envahissement se fait par le périoste, il se fait des stalactites osseuses. (Kundrat.)

Les os envahis par le bourgeonnement sont déformés; ils sont réduits à un système de cloisons et de travées rempli par la masse morbide.

Les dents, portées en quelque sorte par cette masse, sont soulevées et ébranlées; elles deviennent très mobiles. Dans ces conditions, la mastication est naturellement impossible, rendue plus difficile encore par la douleur. Les animaux maigrissent, deviennent étiques et on est forcé de les abattre. Lorsque le bourgeonnement se fait vers l'intérieur, la peau, attaquée par sa face profonde, est amincie, puis perforée par plu-

Digitized by Google

sieurs points à la fois ou successivement. Par ces perforations s'échappe la tumeur qui se présente sous l'aspect de masses blanchâtres ou rougeâtres à cause des hémorragies qui se font à la surface et de l'irritation qu'entretiennent constamment les traumatismes répétés.

Quelquefois il se fait des fistules qui laissent suinter du pus chargé de corpuscules jaunâtres.

Il se fait en effet au sein de la masse morbide un travail de ramollissement qui la creuse de petites cavités. Ces excavations se réunissent parfois de façon à constituer des sortes de canaux semblables à des conduits glandulaires imparfaits.

Plus rarement l'ulcération se fait vers l'intérieur de la bouche.

A la coupe, ces tumeurs présentent encore l'aspect d'un ostéosarcome. On constate une surface blanche grisâtre, creusée de petits foyers de ramollissement. Par le râclage on obtient un suc assez abondant dans lequel on constate de petits grains jaunes semblables à des grains de sable ou même à des grains de millet. Ce sont les globes formés par les champignons. Ils seront décrits plus loin.

Sur certains points la consistance de la tumeur est mollasse, sur d'autres elle est fibroïde.

Quand la lésion atteint la langue, elle produit une induration très marquée qui la fait appeler par les éleveurs allemands langue de bois. On l'a souvent prise pour de la tuberculose.

La propagation peut se faire vers le pharynx. Lorsque le plancher de la bouche et la langue sont atteints, il y a souvent aussi tuméfaction et induration des glanglions correspondants.

Le plus souvent les lésions restent limitées au maxillaire, à la langue, au pharynx, aux ganglions; on n'observe guère chez le bœuf la généralisation qui se voit chez l'homme. Cela tient surtout à ce qu'on est amené à abattre les animaux avant que l'envahissement progressif ait pu se faire.

Cependant on a constaté des fusées dans la gaine des vaisseaux du cou; on a vu l'actinomycose siéger dans le poumon et s'y présenter avec un aspect rappelant beaucoup celui de la tuberculose et même celui de la tuberculose miliaire. Des masses actinomycosiques ont été constatées dans le pharynx, le larynx, et même dans le bonnet, le deuxième estomac du bœuf.

Il n'est donc pas douteux que la généralisation puisse se faire chez cet animal tout aussi bien que chez l'homme. Marchand a même trouvé de l'actinomycose dans une rate augmentée de volume, farcie de noyaux blancs d'aspect caséo-tuberculeux.

Eggeling a vu chez la vache un véritable mal de Pott causé par une carie mycosique des vertèbres cervicales.

Le bœuf n'est pas le seul animal chez lequel on rencontre l'actinomycose : on l'a vue chez le porc, chez lequel on a signalé l'actinomycose des mamelles, des poumons, des amygdales. Les champignons ont été vus dans les cryptes amygdaliennes de porcs du reste sains. (Johne.)

Le lapin n'est pas réfractaire ainsi qu'on l'avait cru, non plus que le cheval. On connaît un cas chez le chien.

Actinomycose de l'homme. — D'une façon générale, l'actinomycose chez l'homme présente une tendance à la suppuration beaucoup plus manifeste que l'actinomycose des animaux. Chez lui il se produit sur-

Digitized by Google

tout des abcès, des trajets fistuleux, semblables à ceux que l'on observe dans la pyémie ou à la suite des caries tuberculeuses des os. Ce n'est pas cependant qu'on ne puisse trouver des masses semblables à celles que l'on rencontre chez le bœuf.

D'autre part, chez ce dernier animal, il y a une tendance à la fonte, à la désagrégation puriforme des tumeurs d'aspect sarcomateux que la localisation particulière empêche sans doute d'évoluer. Il peut se produire ainsi des fusées purulentes étendues. En effet, la lésion des maxillaires rend l'alimentation impossible, amène le dépérissement et force à abattre le malade. Cela indique qu'il n'y a pas de différence essentielle chez l'homme et chez le bœuf; il n'en reste pas moins vrai cependant que chez l'homme on observe beaucoup plus tôt la fonte graisseuse et rapide et la suppuration, chez le bœuf, au contraire, le bourgeonnement d'aspect sarcomateux.

D'une façon générale, chez l'homme, on constate surtout la production de collections purulentes, avec décollements étendus et trajets fistuleux multipliés. L'affection ne reste pas localisée au pourtour de la bouche, elle peut se rencontrer dans le thorax ou dans l'abdomen, soit dans le tissu cellulaire de ces cavités, soit dans les viscères qu'elles renferment; de là des aspects cliniques variables.

C'est donc surtout la localisation qui doit servir à constituer des formes cliniques différentes.

Actinomycose buccale et cervicale. — C'est par la bouche que pénètre habituellement le champignon : c'est là qu'il se localise en premier lieu, le plus souvent, et qu'on le trouve exclusivement dans bon nombre de cas. Les lésions dentaires, la carie, les abcès qui en résultent, paraissent avoir une grande influence à ce point de vue. Il semble du reste que le parasite profite, pour pénétrer et s'implanter, des érosions diverses, et, en particulier, de celles qui sont si fréquentes au niveau du tissu des gencives. Une observation d'Israël montre que l'on peut rencontrer des tumeurs bourgeonnantes du maxillaire analogues à celles que l'on trouve si fréquemment chez le bœuf. Le plus souvent il s'agit d'abcès à ouvertures fistuleuses qui rappellent ceux qui succèdent aux ostéopériostites du maxillaire. Ces abcès et ces fistules sont d'une durée et d'une ténacité désespérantes. Ils ont tendance à donner lieu à des décollements étendus.

Esmarch a signalé comme un caractère particulier l'*induration très grande* qui entoure les abcès.

Parfois encore l'actinomycose d'origine buccale donne lieu à des abcès des régions parotidiennes qui rappellent beaucoup les abcès adéniques et périadéniques de la strume. La localisation au maxillaire supérieur est plus rare; Israël en cite un cas.

Des abcès précédés par des indurations nodulaires peuvent se montrer aussi sur les joues.

Hacker a signalé à la Société médicale de Vienne, avril 1885, l'existence dans la langue d'un noyau, dur, gros comme un grain de chènevis, dans lequel on constata par la ponction l'existence des champignons de l'actinomycose. Le malade avait soigné des vaches atteintes de la maladie. Dans deux autres cas, il y avait des tumeurs linguales du volume d'une olive. Ce sont là des faits très intéressants et très impor-

Digitized by Google

tants, parce qu'ils mettent bien en lumière la possibilité de faire le diagnostic à une période tout à fait initiale et par conséquent d'intervenir avec les plus grandes chances de succès.

Au 15e Congrès de la Société allemande de chirurgie, tenu à Berlin en avril 1886, Roser de Marbourg a expressément déclaré que l'affection qu'il avait décrite sous le nom d'angine de Ludwig devait être une forme de l'actinomycose.

Le champignon parasitaire peut, après avoir pénétré par la muqueuse buccale, le plus souvent à la faveur de la carie ou de l'usure des dents, s'enfoncer dans toutes les directions et provoquer une induration suivie de suppuration. Les abcès peuvent fuser au loin ; au pourtour du pharynx, dans la gaine des vaisseaux carotidiens, et jusque dans le médiastin.

Le pus ne présente d'autre caractère particulier que de renfermer des grains d'actinomycose visibles à l'œil nu, d'un volume différent, enveloppés dans une athmosphère particulièrement visqueuse.

Dans un cas, on a constaté, au voisinage d'un foyer, une érosion de la veine jugulaire dans laquelle avaient pénétré des bourgeons charnus. On a trouvé dans le cœur droit une tumeur actinomycosique du volume d'un œuf : c'est un cas évident de transport par embolie. La fusée de proche en proche n'est donc pas forcément le seul procédé de propagation et de transport de la semence morbide.

Actinomycose thoracique. — Le thorax peut être envahi par le médiastin. L'actinomycose partie de la bouche gagne de proche en proche dans le tissu cellulaire, en donnant lieu parfois chemin faisant à des abcès qui s'ouvrent à la peau et à d'intarissables fistules.

Parvenue dans le thorax, elle peut en quelque sorte s'y épanouir, donner lieu à des collections purulentes avec carie des os, de la colonne vértébrale, avec fistules cutanées sur les parois du thorax, avec pleurésie, péricardite, etc. Le poumon peut être, de cette façon, envahi secondairement.

Plus intéressante est l'actinomycose primitive du poumon, dont certaines observations humaines ou vétérinaires mettent l'existence hors de doute. L'analogie avec la tuberculose n'est pas seulement alors dans le mode d'infection, dans l'apparence des lésions, elle est aussi dans la similitude des symptômes, au début tout au moins.

En effet, on constate de la toux, une expectoration abondante, parfois des hémoptysies, des signes de catarrhe et d'induration, et même d'excavation du poumon. On peut être amené à faire le diagnostic de tuberculose. Plus tard, il se fait le plus souvent des abcès thoraciques et des trajets fistuleux. L'actinomycose se distingue ici encore par une tendance très grande aux fusées multiples à distance. Dans les crachats, on peut trouver les corpuscules caractéristiques.

Actinomycose abdominale. — Elle peut succéder, toujours par le même mécanisme d'envahissement progressif, à l'actinomycose buccale, cervicale et thoracique. Elle peut être primitivement abdominale.

Elle résulte alors, sans doute, de la pénétration du champignon dans le tube digestif. Il se fait des adhérences, des abcès, des collections et des fusées purulentes qui peuvent simuler les abcès par congestion du bassin, la psoïtis, la périmétrite, la péritonite partielle suppurée. Il peut

Digitized by Google

y avoir, comme dans un cas de Rotter, des fistules stercorales. Il est impossible de donner une description complète des diverses manifestations cliniques. Ce qui distinguera ici comme toujours l'actinomycose, c'est la ténacité de l'affection, sa bizarrerie parfois, et toujours la présence des champignons radiés.

Quand l'évolution est progressive, il peut y avoir, comme dans la pyémie, production d'abcès multiples un peu dans toutes les régions; les localisations que nous avons indiquées sont de beaucoup les plus fréquentes, à cause même de la situation des portes d'entrées.

Certaines observations montrent cependant que la pénétration peut se faire par d'autres points; par exemple, par des plaies du tégument cutané. Perroncito (*Arch. ital. de biologie*, janvier 1886) a vu, en effet, l'actinomycose se développer au niveau d'une plaie qui résultait, chez un cheval, d'un coup de pierre à la jambe. L'animal avait été soigné dans une étable à bœufs.

Phénomènes généraux. — Ils sont très variables. La fièvre peut être intense et atteindre 39 et 40°; elle peut faire totalement défaut. Dans un cas de A. Heller, il y eut, au début d'une actinomycose abdominale, des phénomènes rappelant complètement ceux de la fièvre typhoïde.

Quand les lésions sont restreintes, localisées, il n'y a pas de trouble appréciable de la nutrition générale. Il n'en est pas de même lorsque les désordres sont étendus, la suppuration abondante. Le malade tombe alors dans un état d'amaigrissement, de faiblesse, de dépression qui aboutit bientôt à la cachexie et au marasme.

On peut constater alors de l'albuminurie, de la diarrhée, des œdèmes, qui sont parfois la conséquence de la dégénérescence amyloïde des viscères.

Marche. — Sauf les cas assez rares où le début est brusque, la marche est lente, traînante. La maladie dure des mois et des années. Elle peut présenter de longues et trompeuses périodes de rémission.

Pronostic. — En thèse générale, le pronostic est grave. Cependant, on connaît déjà un certain nombre de cas de guérison. La maladie, mieux connue, plus souvent cherchée, diagnostiquée de bonne heure, alors surtout que les lésions sont encore contenues dans la bouche ou dans son voisinage, sera traitée efficacement. Bon nombre d'observations démontrent, en effet, l'efficacité d'un traitement chirurgical énergique.

Diagnostic. — L'actinomycose doit être surtout soupçonnée chez les individus qui soignent les bestiaux.

La bizarrerie de la maladie, sa ténacité, ses récidives faciles, l'extension continue des foyers de suppuration, la multiplication des trajets fistuleux, l'induration au voisinage des abcès feront penser à l'actinomycose, surtout lorsqu'il s'agira de lésions sous-maxillaires, parotidiennes, cervicales et thoraciques.

La présence de grains jaunes semblables à des grains de sable, du volume des grains de pavot, rarement des grains de chènevis, enveloppés dans une atmosphère visqueuse qui leur adhère intimement, fera soupçonner un diagnostic que le microscope confirmera avec la plus grande facilité. Ces grains jaunes sont mous, facilement écrasés, à moins qu'ils n'aient subi l'infiltration calcaire, ce qui est fréquent chez les animaux.

Digitized by Google

Il est possible, cependant, que les globes radiés fassent défaut, et qu'on trouve isolés et dissociés les corpuscules élémentaires, les bâtonnets, effilés, ramifiés ou non, que nous décrirons plus loin.

C'est souvent avec les abcès scrofuleux ou tuberculeux, avec les abcès par congestion que le diagnostic devra se faire.

Dans les formes thoraciques, et surtout dans les formes pulmonaires, l'existence des grains d'actinomycète aura la valeur qu'a dans la tuberculose la présence des bacilles de Koch.

Etiologie. — Ce qui domine l'étiologie de l'actinomycose, c'est la présence au sein des lésions d'un élément parasitaire qui est la cause première de leur apparition.

Il est donc naturel d'exposer d'abord ce que nous savons de la constitution des actinomycètes, de leur façon de se reproduire, de se développer; puis de rechercher par quelle voie ils pénètrent dans l'organisme et quelles sont les modifications des tissus qu'y amènent leur présence, leur séjour et leur évolution.

Constitution des actinomycètes. Aspect microscopique. — Les champignons de l'actinomycose se présentent sous forme d'agglomérats visibles à l'œil nu. Ce sont des grains jaunes, d'un jaune soufré ou rougeâtre, qui ont habituellement le volume d'un grain de lycopode à celui d'un grain de millet. Ils mesurent le plus souvent de 1/10 de millimètre à 1 millimètre, bien qu'ils puissent atteindre des dimensions supérieures.

Souvent dans le pus, ou le liquide puriforme qui les renferme, ces grains donnent l'idée de grains de sable disséminés. Une circonstance empêche cependant qu'on puisse les extraire facilement : ils sont entourés d'une zone consistante, comme glaireuse, d'une sorte d'atmosphère mucoïde d'où il est assez difficile de les enlever.

Dans les faits anciens qui étaient restés non classés, dans lesquels l'existence de ces corpuscules avait été signalée à titre de curiosité, leur nature était restée inconnue, mais leur structure avait frappé les observateurs. Lebert les considérait comme des corpuscules indéterminés; Robin leur reconnaissait une structure cristalloïde qui rappelait jusqu'à un certain point la disposition radiée des cristaux des acides gras. Des recherches récentes ont confirmé cette disposition radiée. Elles ont montré qu'on se trouvait en présence de corpuscules vivants, d'un champignon particulier.

Structure microscopique. — L'examen microscopique de ces corpuscules est assez simple. Il suffit de les écraser par une légère pression exercée sur la lamelle couvre-objet et de les examiner dans un liquide homogène et transparent. Toutefois il ne faut pas oublier que certaines substances, que l'eau distillée, la glycérine en particulier, amènent assez rapidement des altérations de structure qui expliquent sans doute la divergence des descriptions données.

L'examen le plus rapide permet de reconnaître dans ces grains deux zones différentes : une *zone périphérique* et une *zone centrale*.

Zone périphérique. — Elle est souvent moins étendue que la zone centrale. Sur des grains de dimensions variables, cette couche corticale présente une épaisseur à peu près égale. Au contraire, la partie centrale varie dans des proportions considérables : ce sont précisément les

Digitized by Google

variations de cette zone centrale qui expliquent les variations de dimension des amas actinomycosiques.

Lorsque la partie centrale est très restreinte, une section équatoriale des grains de l'actinomycose donne l'idée de la section d'un canal excréteur muni d'un épithélium cylindrique.

La zone périphérique est facilement reconnaissable surtout parce qu'elle renferme de loin en loin des corpuscules allongés, enfoncés dans son épaisseur à la façon des pieux d'une palissade, à la façon des bâtonnets de la rétine dans cette membrane. Ces corpuscules allongés présentent deux extrémités : une extrémité effilée dirigée vers le centre de la masse, vers la zone centrale, une extrémité arrondie qui affleure à la surface de la zone corticale. Il en résulte que l'épaisseur de cette zone corticale est à peu près exactement mesurée par la longueur de ces corpuscules.

Zone centrale. — Le centre des masses de l'actinomycose se montre, au contraire, constitué par une sorte de feutrage fibrillaire dans lequel on rencontre des corpuscules plus mats que ceux de la périphérie et des granulations plus ou moins réfringentes.

L'idée que donne cette structure considérée dans son ensemble est bien celle d'une masse organisée, dont les différentes parties sont liées les unes aux autres par un mode d'évolution particulier. Il faut dire, du reste, que, s'il n'est pas douteux qu'il s'agisse, en effet, d'un champignon de structure relativement compliquée, on connaît mal les relations qui unissent les unes aux autres ces diverses parties et leur fonction dans l'évolution du parasite.

Quoi qu'il en soit, nous aurons à décrire successivement : des *corpuscules radiés* ou *périphériques ;* des *corpuscules centraux*, des *granulations* et un *feutrage fibrillaire.*

Corpuscules radiés, périphériques. — Ces corpuscules constituent des renflements en bâtonnets, effilés par leur extrémité centrale, arrondis par leur extrémité périphérique, qui présentent une longueur de 20 à 30 μ et une largeur de 8 à 10 μ. Par leur extrémité effilée, ils se continuent avec les fibrilles de la masse centrale, bout à bout. On ne sait pas encore d'une façon exacte comment se fait le passage de la fibrille au corpuscule cunéiforme.

L'examen microscopique montre que ce renflement présente une structure qui lui assigne une origine animée, végétale. En effet, d'après Harz, à l'aide d'un grossissement suffisant, on constate l'existence d'une membrane propre enveloppant un contenu homogène qui réfracte peu la lumière. De plus, il existerait dans l'intérieur de cette poche cellulaire des cloisonnements plus ou moins évidents.

Firket a vu la membrane propre se recroqueviller en dedans, alors que l'ampoule s'était vidée de son contenu. L'existence d'une membrane d'enveloppe était, de cette façon, rendue tout à fait certaine.

Ces renflements ne sont pas toujours simples, mais quelquefois bifurqués ou même trifurqués : c'est-à-dire qu'un même filament porte simultanément deux ou trois renflements divergents. Ils paraissent ainsi digités.

Leurs parois ne sont pas toujours lisses. Elles présentent quelquefois des renflements successifs, moniliformes.

Digitized by Google

Corpuscules centraux. — Au sein même de la masse fibrillaire on rencontre des corpuscules plus petits, moins réguliers, perdus au milieu des filaments entrecroisés. Ces corpuscules seraient de même nature que les corpuscules périphériques. Leur situation centrale ne leur permettrait pas de se développer de la même façon que les corpuscules entrecroisés. Cependant leur nature et leur origine seraient identiques. Il s'agirait dans les deux cas des véritables *gonidies* d'un champignon spécial.

Granulations. — Au centre de la masse centrale, on rencontre des corpuscules plus ou moins volumineux, plus ou moins réfringents. Les uns très petits pourraient être confondus avec la surface de section des fibrilles entrecroisées du feutrage central. Firket pense que ce sont là des productions accidentelles, qui n'appartiennent pas à l'organisation régulière du champignon. Il pourrait bien s'agir de micrococci d'une autre nature qui se trouvent là secondairement.

Il nous semble que l'on peut rencontrer sous cet aspect des choses très différentes les unes des autres, des granulations moléculaires dues à l'ouverture des gonidies, qui laissent échapper leur contenu et des micrococci véritables.

Feutrage fibrillaire. — En tous cas, la charpente même de l'ensemble de la masse jaunâtre est représentée par un feutrage fibrillaire très compliqué, constitué par l'entrecroisement complexe de filaments qui mesurent 0,5 à 2 μ de diamètre.

Les cloisonnements ne sont pas évidents dans tous les cas. Le plus souvent ils sont difficiles à apercevoir, de telle sorte qu'il semble s'agir d'un seul élément cellulaire qui présente une partie fibrillaire et une partie renflée. Ponfick admet un cloisonnement à l'origine du renflement.

Il semble que ces filaments ne soient pas simples, mais bifurqués.

Comment ces différents éléments sont-ils unis les uns aux autres? Quels sont leurs rapports d'évolution? Les botanistes Cohn, Harz, de Bary, Pringshem sont d'accord pour reconnaître dans cet assemblage un champignon dont la classification exacte demeure encore suspendue.

Harz a décrit une cellule basale placée à l'origine des fibrilles ; elle serait le véritable mycélium. De cette cellule émaneraient des filaments, des *hyphes*, qui, se ramiflant par séries, en fourche, aboutiraient au renflement périphérique ou gonidie. Les gonidies à leur tour donneraient naissance à des filaments. Les filaments parvenus à l'état adulte se renfleraient en gonidies, etc.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur l'existence de la cellule basale signalée par Harz. La plupart cependant ont tendance à considérer les renflements comme de véritables gonidies. Firket a vu, à l'extrémité de ces renflements, une petite excavation qui correspondrait à l'insertion d'un autre renflement. Il y aurait donc bourgeonnement successif des renflements gonidiens. Israël a sur l'évolution du champignon en question des vues particulières, dont voici le résumé d'après Firket. Il s'est basé sur l'observation de cultures à des stades successifs de leur développement :

« 1° Des granulations faiblement réfringentes, analogues à des micrococci se développent en donnant naissance à des fibres non segmentées onduleuses, parfois contournées en tire-bouchon, assez souvent dichotomiques ;

Digitized by Google

2° Ces fibres peuvent donner naissance à leurs extrémités et latéralement à des granulations brillantes qui jouent le rôle de spores;

3° Les amas de très fines granulations doivent être considérées comme provenant de ces spores;

4° Dans certaines conditions, notamment par le séjour dans le liquide de Pasteur, les très fines granulations pâles peuvent provenir de larges rubans protoplasmiques mats;

5° Un certain nombre de fibres deviennent très brillantes à leur extrémité et présentent à ce niveau un renflement piriforme;

6° L'extrémité piriforme (gonidie) peut se résoudre par augmentation transversale en une série d'articles;

7° Les corps piriformes deviennent libres et subissent une série de métamorphoses; bourgeonnement donnant l'aspect d'une segmentation longitudinale, — étranglement, division poussée à l'extrême de façon à donner lieu à la formation de masses irrégulières et de granulations brillantes;

8° Ces dernières donnent probablement naissance à ces très fines granulations pâles, analogues à des micrococci, qui peuvent à leur tour donner naissance à des fibres.

Nous admettons donc deux modes de formation de ces fines granulations : d'une part, elles proviendraient de gonidies piriformes; de l'autre, de spores nées à l'extrémité et sur les côtés des fibres. »

Ce sont là des conclusions hâtives; en effet, nous avons dit qu'il n'était nullement démontré que les granulations fissent partie intégrante du système des actinomycètes, ni surtout qu'elles eussent un rôle dans leur évolution, qu'on dût les considérer, en un mot, comme représentant une phase du développement du champignon.

Cultures. — Du reste, les tentatives de culture faites par les divers auteurs n'ont donné que des résultats très contestables, insuffisants pour juger la question.

Johne aurait cultivé les actinomycètes dans du sérum de bœuf à 38°. Il a constaté un bourgeonnement des gonidies. Celles-ci pourraient donner naissance à des spores, et les spores former des tubes de mycélium.

Bostrœm a prétendu que les gonidies n'étaient que le résultat de la dégénérescence des champignons. Il en donne comme preuve leur facile calcification.

J. Jeandin n'a obtenu que des résultats négatifs dans ses tentatives d'ensemencement.

On doit donc attendre des recherches de l'avenir la solution de ce double problème : le mode d'évolution des actinomycètes et leur place dans la série botanique.

Inoculations. — Pour qu'une maladie puisse être en toute certitude attribuée à un parasite, il est nécessaire : 1° de pouvoir attribuer à ce parasite des qualités morphologiques qui permettent de le reconnaître; 2° de le rencontrer dans tous les cas de maladie analogue; 3° de le cultiver et de reproduire par inoculation à des individus sains la maladie en question.

Certes, ces diverses conditions ne sont pas réalisées pour l'actinomy-

Digitized by Google

cose. Cependant les faits sont suffisants pour attribuer au champignon le rôle étiologique dans l'actinomycose de l'homme et des animaux.

Le parasite, en vertu même de son agglomération, qui le rend visible à l'œil nu, est facile à découvrir. Son identité est facile à établir par l'examen microscopique, et si les cultures faites ne sont pas très démonstratives, on a pu faire des inoculations positives. En effet, il est aisé d'isoler les grains de l'actinomycète, à cause même de leur volume. et de s'en servir pour faire des inoculations directes sans passer par la culture.

Les premières tentatives de Rivolta, Bollinger, Perroncito, etc., échouèrent complètement. Johne obtint des inoculations positives en insérant des débris de grains actinomycosiques sous la peau du cou et dans la cavité abdominale chez deux veaux et une génisse. Il observa le développement de tumeurs analogues à celles de l'actinomycose spontanée: au centre de ces tumeurs, il retrouvait le champignon radié.

Dans ses nombreuses expériences, Ponfick obtint des résultats très variables suivant les espèces animales. Chez le lapin, l'inoculation dans le péritoine déterminait de la péritonite suppurée. Chez le chien, les fragments implantés disparaissaient sans laisser de trace. Le résultat était seulement positif sur les veaux.

Un point intéressant restait à déterminer : l'actinomycose de l'homme peut-elle être inoculée avec succès à des animaux non réfractaires? James Israël put faire part de résultats positifs à la Société médicale de Berlin (1883). L'inoculation faite sur un lapin donna lieu à une sorte de généralisation péritonéale. L'actinomycose humaine est donc incontestablement de même nature que l'actinomycose bovine, la première découverte.

Habitat. Mode de transport et de pénétration du parasite. — Où se rencontrent les actinomycètes? où vivent-ils avant de s'implanter sur un organisme animal?

Quelques faits font penser que le champignon se développe à la surface de certains végétaux, et qu'il s'implante à travers la muqueuse buccale, et surtout la muqueuse gingivale, chez les bœufs qui mastiquent ces végétaux. Les érosions épithéliales lui servent sans doute de porte d'entrée.

Une observation très curieuse de Saltmann montre que l'homme peut prendre directement l'actinomycose de la même façon. Il conte l'histoire intéressante d'un enfant de 6 ans, qui, en juillet 1883, en mangeant des mûres, avala un épi d'hordeum murinum.

Au bout de quelques jours, il eut des douleurs assez vives à la déglutition et présenta des vomissements de sang. Quelques jours plus tard, il se développa dans le dos un abcès d'aspect furonculeux, au niveau du sixième espace intercostal. Une partie de l'épi de faux orge avalé fût trouvée dans cet abcès. A partir de ce moment, il se fit dans la même région toute une série d'abcès dans le pus desquels on trouva des grains d'actinomycose. L'enfant succomba en octobre 1884.

Cette observation est extrêmement curieuse et très démonstrative.

D'autres faits démontrent que l'actinomycose peut exister à l'état latent dans la cavité bucco-pharyngienne sans donner lieu à aucune manifestation. Johne a trouvé des actinomycètes dans les cryptes amygda-

Digitized by Google

liennes d'un porc bien portant. D'autre part, il paraît démontré que les dents cariées peuvent être un réceptacle où se fixent les grains entiers ou les éléments dissociés du champignon.

Le plus grand nombre des personnes atteintes avait des dents cariées, et c'est précisément au voisinage de ces dents avariées que se sont développés les premiers abcès, à la façon des abcès d'origine dentaire.

Dans un cas d'actinomycose du poumon, James Israël a rencontré dans une des excavations purulentes un fragment de dent cariée qui avait dû servir de véhicule au parasite. Le rôle de la carie dentaire ne paraît pas contestable. Cela explique évidemment que les abcès existent souvent dans la région des maxillaires et la région du cou.

L'évolution clinique montre que le pharynx, l'œsophage et l'intestin peuvent fournir des voies d'entrée au parasite.

Il peut pénétrer encore par les solutions de continuité de la peau; la chose est démontrée tout au moins pour les animaux. Perroncito a rapporté récemment l'histoire d'un cheval blessé qui fut placé dans une étable à bœufs. Il se fit au pourtour de la plaie une tumeur riche en actinomycètes.

Il n'est pas démontré que la viande des animaux infectés puisse servir à la transmission de la maladie. La chose est probable pour la viande crue; une coction suffisante pourrait sans doute tuer le parasite. On voit qu'il y a là un point qui intéresse directement l'hygiène publique.

L'actinomycose au point de vue de la pathologie générale. — Considérée au point de vue de la pathologie générale, l'actinomycose est une maladie fort curieuse.

Il s'agit en effet incontestablement d'une infection dont le parasite, de nature végétale, présente déjà une organisation élevée et compliquée. Chez les animaux de l'espèce bovine, où on le rencontre le plus communément, il détermine surtout l'apparition de tumeurs des maxillaires, qui ont été considérées pendant longtemps comme des tumeurs malignes, de véritables cancers. La structure histologique est voisine de celle du sarcome, le plus souvent de l'ostéo-sarcome. Elle se rapporte beaucoup mieux encore au tissu de granulation de Klebs, Cohnheim et Virchow. Au milieu de la masse embryonnaire on peut trouver des cellules géantes comme dans la tuberculose, la syphilis, la lèpre, etc.; cette analogie de structure correspond évidemment à l'analogie pathogénique.

On a tiré de la ressemblance avec le sarcome un argument en faveur de la nature parasitaire du cancer. C'est généraliser un peu trop, et le sarcome n'est pas une tumeur assez différenciée pour que l'on puisse établir sur son existence une théorie qui englobe les cancers d'origine épithéliale, qui sont les cancers par excellence.

Il y a du reste une particularité qui éloigne les tumeurs secondaires à l'actinomycose du cancer, c'est la tendance à la suppuration que l'on observe chez l'homme, chez lequel l'actinomycose détermine surtout des suppurations répétées, intarissables, fistuleuses, semblables à celles des abcès par congestion d'origine tuberculeuse.

Du reste, chez l'homme surtout, on observe parfois une tendance à la généralisation des foyers suppurés, qui rappelle la pyémie.

Digitized by Google

Bien que dans ces conditions on rencontre toujours les grains jaunes caractéristiques, agglomérats d'actinomycètes, on peut se demander jusqu'à quel point des bactéries étrangères, des bactéries de la suppuration, par exemple, ne peuvent pas accompagner les actinomycètes. Cependant il faut remarquer que les grains radiés sont enveloppés d'une atmosphère assez particulière, mucoïde, très adhérente, dont la nature mériterait d'être déterminée. D'autre part, les tissus néoplasiques présentent une tendance manifeste à la désagrégation puriforme. Il se creuse dans leur cavité de véritables canaux ramifiés et anastomosés qui les font ressembler à des glandes en voie de suppuration. Ne s'agit-il pas là d'une dégénérescence puriforme, beaucoup plus que d'une véritable suppuration? Tous ces points sont à éclaircir.

Quoi qu'il en soit, on voit que, considérée dans son ensemble, l'actinomycose se présente sous des aspects multiples, très variables. Ostéosarcome chez le bœuf, induration ligneuse des tissus, abcès semblables aux abcès par congestion chez l'homme, excavation des parenchymes avec dépôts caséiformes, suppurations multiples et tenaces, tels sont les aspects cliniques différents suivant lesquels peut se présenter la maladie.

C'est à la tuberculose beaucoup plus qu'au cancer que l'actinomycose serait comparable. Tantôt, en effet, il s'agit d'une affection locale sans réaction générale; tantôt, au contraire, d'une maladie à allures typhiques. De plus, la marche même de la suppuration, l'existence de localisations pulmonaires rendent l'analogie beaucoup plus grande encore avec la tuberculose. Il peut se faire que le diagnostic présente à l'autopsie même de grandes difficultés, et que le microscope seul puisse par la présence des bacilles ou des actinomycètes indiquer la nature exacte des lésions.

Il est possible qu'il y ait encore des découvertes intéressantes à faire dans cet ordre d'idées. En effet, il n'est pas démontré que l'actinomycose du bœuf soit la seule qui existe, et Canali a assigné des caractères un peu différents à l'actinomycose du cheval. Enfin, dans ces derniers temps, des champignons vulgaires, l'aspergillus niger, par exemple, ont été considérés comme susceptibles de s'implanter dans l'organisme et de provoquer l'apparition de productions morbides. A côté des microbes, il faudrait donc donner une place aux macrobes végétaux.

Traitement. — Les indications thérapeutiques découlent naturellement des notions acquises sur la nature de la maladie. Il importe d'agir rapidement, et, par conséquent, de faire le diagnostic de bonne heure.

L'indication est naturellement de détruire, de ruginer les surfaces malades, exactement comme s'il s'agissait de lésions tuberculeuses.

Des guérisons incontestables ont été observées. Elles sont peut-être relativement fréquentes, car il est possible que dans bien des cas l'actinomycose reste ignorée et se trouve confondue avec des suppurations vulgaires.

Il est possible, en particulier, que certains abcès d'origine dentaire relèvent de l'actinomycose : c'est un point sur lequel l'attention doit être attirée.

Il paraît difficile d'atteindre les foyers profonds, pulmonaires, thoraciques, abdominaux, par voie chirurgicale. Il serait logique, en

Digitized by Google

semblable circonstance, de se comporter comme si l'on avait affaire à des lésions tuberculeuses.

Au point de vue de la prophylaxie, il est évident qu'il est nécessaire de prendre des précautions, lorsqu'on se trouve en présence d'animaux atteints d'actinomycose. Les soins qu'on leur donne peuvent être dangereux si l'on porte sur les mains des écorchures, des plaies, capables de servir de portes d'entrée.

Un cocher, qui prit de l'actinomycose, avait la mauvaise habitude de boire dans le seau qui servait à son cheval.

Toute viande d'animal atteint d'actinomycose doit être réputée suspecte. Il est possible et même probable que la cuisson tue le parasite. Il serait bon cependant d'en avoir la preuve expérimentale, et de savoir quel degré de coction est nécessaire pour rendre la viande inoffensive.

Il est certain que dans l'intérêt de la santé publique les animaux atteints devraient être isolés immédiatement et abattus. Cette mesure permettrait seule d'arrêter le développement d'une maladie parasitaire qui paraît avoir atteint récemment l'espèce humaine.

Digitized by Google

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1886.

A

Abcès. — Des abcès froids périodiques du thorax, par Pichon (*Thèse de Paris*, 8 juillet.) — Abcès froid, injections d'éther iodoformé, par Verneuil (*Gaz. des hôp.*, 27 juillet.) — Abcès par congestion ayant détruit le rein droit et s'étant ouvert dans le duodénum, par Davies Colley (*Brit. med. journ.*, p. 881, mai.)

Abdomen. — Des ponctions précoces et répétées dans l'ascite, par Aug. Clarke (*Journal of the Amer. med. Assoc.*, p. 396, 10 avril.) — Dégénérescence amyloïde des viscères abdominaux : rate, reins, pancréas, foie, ascite, par Galliard (*France médicale*, 22 juillet.) — Nouveaux essais de chirurgie abdominale, par A. Antona (*Giorn. int. delle sc. med.*, 1.) — Plaie pénétrante (couteau) de l'abdomen avec plaies et hernie de l'intestin ; anus contre nature, guérison, par Boone. (*Med. News*, 3 juillet.) — Traitement des plaies récentes de l'abdomen avec hernie de l'épiploon, par Hartmann. (*Rev. de chir.*, 10 mai.) — Tumeur myxo-sarcomateuse de l'abdomen, par Chassagne. (*Gaz. méd. de Paris*, 8-15 mai.)

Accouchement. — Projet de maternités, par Pinard et Lafollye. (In-4°, *Paris.*) — Hygiène des maternités, par Oré. (In-8°, *Paris.*) — Manuel d'obstétrique, par Galabin. (In-8°, *Londres.*) — La détermination du sexe (par le nombre des battements cardiaques), par Matthews et Cameron. (*Montreal med. chir. Soc.*, 1er mai.) — Des dangers qui proviennent des maladies des annexes de l'utérus après l'accouchement, par Grigg. (*Brit. med. journ.*, p. 1215, juin.) — Inversion de l'utérus après un accouchement, par Field. (*Journal of the Amer. med. Assoc.*, p. 464, 24 avril.) — Du mode de délivrance le plus rationnel dans les conditions normales, par Maechler. (*Thèse de Paris*, 15 juillet.) — De l'ampliation du périnée et de la vulve pendant l'accouchement, par Auvard. (*Gaz. hebdom.*, 21 mai.) — Des présentations occipito-iliaques, mécanisme de l'accouchement, par Pajot. (*Gaz. des hôp.*, 8 juillet.) — De l'œdème de la lèvre antérieure du col dans les positions occipito-postérieures, par Baylin. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Position pendant le travail, par Hemenway. (*Americ. journ. of obst.*, juin.) — Hémorragie profuse avant l'accouchement. Mort, par Field (*Journal of the Americ. med. Assoc.*, p. 465, 24 avril.) — Parallèle entre la version et le forceps dans les cas de rétrécissements moyens du bassin, par Lardemer. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Traitement des présentations et de la chute du cordon, par William Neville. (*The Dublin*

Digitized by Google

journ. of med. sc., p. 10, juillet.) — Contributions obstétricales, par Ed. Chenevière (10 cas d'insertion vicieuse du placenta, 3 cas de rétention de fœtus morts) (*Revue médic. Suisse romande*, p. 271, mai.) — Hydramnios ; accouchement à terme d'un fœtus anencéphale, par E. Goetz et S. Warynski. (*Ibid.*, mars.) — L'anesthésie par la cocaïne pendant l'accouchement, par W. Fischel. (*Soc. des méd. all. de Prague*, 9 avril.)

Adénome. — Nouveau cas d'adénomes sébacés de la face, par Balzer et Grandhomme. (*Arch. de phys.*, 1er juillet.)

Aérothérapie. — Note sur les modifications de la circulation et de la respiration chez les animaux placés dans des chambres pneumatiques, par Donaldson. (*Americ. climat. Assoc.*, 3e session, 10 mai.) — Pneumothérapie dans le traitement des rétractions consécutives aux exsudats pleurétiques, par V. Corval. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XXXVIII, p. 56.)

Albumine. — Nouvelle méthode de recherche de l'albumine, par Morton. (*Med. News*, 8 mai.) — Des albumines de l'œuf, par Krukenberg. (*Centralblatt f. d. med. Wissensch.*, n° 2, janvier.) — La constitution des matières protéiques, par Schutzenberger. (*Rev. scientif.*, 24 juillet.)

Albuminurie. — De l'albuminurie du travail, par Fournial. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Discussion sur l'albuminurie puerpérale. (*Ontario med. Association*, 2 juin.) — Observations critiques et recherches expérimentales sur l'albuminurie, par Dockmann. (*Archiv. de physiologie*, 15 février.)

Alcoolisme. — De l'alcoolisme dans le département de la Seine-Inférieure, par Tourdot. (*Thèse de Paris*, 31 juillet.) — La trémulence du cœur dans l'alcoolisme, par Peter. (*Gaz. des hôp.*, 24 juillet.) — La cirrhose alcoolique commune, par Lancereaux. (*Union médicale*, 3 juin.) — Arsénicisme chronique chez un alcoolique, par L. Wille et J. Jorger. (*Corresp.-Blatt für schw. Aerzte*, n° 9, p. 242, 1er mai.) — Du delirium tremens et de son traitement, par E.-P. Hierd. (*Therapeutic gazette*, IX, n° 1, p. 10.)

Aliénation. — Quatrième recensement des aliénés internés dans les divers asiles et hôpitaux d'Italie, par Verga. (*Arch. ital. per le malattie nervose*, fasc. 5 et 6, 1885, et fasc. 1, 1886.)—De l'admission des enfants idiots et imbéciles dans les asiles d'aliénés, par Ireland. (*Journal of mental sc. juillet*, p. 182.) — Influence de la température sur la responsabilité, par Puglia. (*Arch. di psichiatria*, VII, 2.) — De la monomanie, leçon par Wood. (*Therapeutic Gaz.*, 15 janvier.) — Transformation de la personnalité ; erreurs de personnes chez les aliénés, par Dumas. (*Thèse de Paris*, 1er juillet.) — Des différentes formes de la folie religieuse, par Nagaty. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — De la prévision des impulsions au suicide chez les aliénés, par T. Claye Shaw. (*St-Barth. hosp. Rep.*, XXI, p. 1.)— Etude sur les aliénés persécuteurs, par Pottier. (*Thèse de Paris*, 31 juillet.) — La délibération chez les homicides, par Ferri. (*Arch. di psichiatria*, VII, fasc. 2.) — Étude clinique sur la folie héréditaire, les dégénérés, par Sauty. (In-8°, p. 237, *Paris*.) — Deux cas de lypémanie avec délire de persécution caractérisé par des hallucinations de l'odorat, du goût et de l'ouïe consécutives à des altérations de la muqueuse buccale, nasale, nasopharyngienne et du squelette des fosses nasales, par Rougier. (*Rev. de laryngol.*, 1er mai.) — De la coexistence de plusieurs délires d'origine différente ou de plusieurs intoxications chez le même aliéné, par Devicq. (*Thèse de Paris*, 10 juillet.) — Les frontières de la folie (médecine légale), par A. Motet. (*Encéphale*, n° 2, p. 169.) — La folie à deux, par Ball. (*Ibid.*, n° 2, p. 152.) — Des eunuques volontaires, par Hospital.

Digitized by Google

(*Ann. méd. psych.*, 7e série, t. III, p. 379.) — Notes sur quatre cas d'affections abdominales intéressantes chez des aliénés, par CAMPBELL. (*Journ. of mental. sc.*, p. 211, juillet.) — Trois cas d'étouffement chez des aliénés, par WELSCH. (*Ibid.*, p. 205, juillet.) — Folie et crime, par NORTH. (*Ibid.*, p. 163, juillet.) — Manie aiguë. Rémission complète des symptômes due à une thrombose passagère des sinus, par BULKELEY HYSLOP. (*Brain*, p. 90, avril.) — Cas de pneumonie aiguë chez une aliénée avec abaissement notable de la température, par ALGERI. (*Arch. ital. per le malattie nervose*, fasc. 5 et 6, 1885.) — Production pélosique chez un maniaque, par ZUCCARELLI. (*Arch. di psichiatria*, VII, 2.) — De l'oxalurie dans la mélancolie et les troubles mentaux (32 fois sur 172 malades), par STAHLEY. (*Med. News*, 5 juin.) — Traitement de la sitiophobie des aliénés, par RÉGIS. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 juin.)

Aliment. — Guide pour l'étude microscopique des aliments et des boissons, par SCHIMPER. (In-8°, *Iéna.*) — Aliments inorganiques, par N.-A. RANDOLPH. (*Therapeutic Gazette*, IX, n° 8, p. 513.) — Des principes alimentaires primordiaux, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Bull. de thérap.*, 30 juin.) — Les aliments complexes et le régime lacté, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Ibid.*, 15 juillet.)

Amputation. — De l'amputation de la jambe au lieu d'élection, par DELATTRE. (*Thèse de Paris*, 10 juin.) — État du système nerveux chez un vieil amputé de la jambe gauche. Atrophie des circonvolutions motrices, du faisceau pyramidal, etc., par WILL. DUDLEY. (*Brain*, p. 87, avril.) — Désarticulation du genou pour sarcome du fémur chez une petite fille. Arrêt d'accroissement de l'os suivant l'épaisseur seulement, par KUESTER. (*Berl. klin. Wochens.*, n° 19, p. 315, 10 mai.) — Désarticulation de l'épaule pour un sarcome ossifiant : guérison, par CHRISTOPHER HEATH. (*Brit. med. journ.*, p. 66, juillet.) — Extirpation totale de l'épaule après un traumatisme, par LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. (*Rev. de chir.*, 10 juillet.)

Amygdale. — Des accidents causés par les calculs de l'amygdale, par TERRILLON. (*Arch. gén. de méd.*, août.) — Des accidents consécutifs à l'amygdalotomie ; traitement de l'hypertrophie des amygdales par la cautérisation ignée, par RICORDEAU. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.)

Anatomie. — Guide technique du laboratoire d'histologie normale et éléments d'histologie générale, par ETERNOD. (In-12, *Paris.*) — Nouvelles notes d'histologie normale à l'usage des étudiants, par BONEVAL. (In-8°, p. 176, *Paris.*) — Etudes sur l'anatomie microscopique du corps humain, par STOHR. (In-8°, *Wurzbourg*). — Sur la coloration des tissus chez les animaux vivants au point de vue histologique, par TALAL. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — L'embaumement, la conservation des sujets et des préparations anatomiques, par LASKOWSKI. (In-8°, *Paris.*)

Anémie. — De l'anémie, par E. N. WHITTIER. (*Boston med. journ.*, 21 janvier.) — Un cas d'anémie pernicieuse essentielle, par J. C. SHATTUCK. (*Ibid.*, 4 février.) — Anémie pernicieuse, abaissement extrême du chiffre (560,000) et altérations des globules rouges, guérison, par HENRY. (*Med. News*, 3 juillet.) — L'anémie des mineurs en Hongrie, par BLANCHARD. (*Soc. de Biologie*, 28 novembre 1885.)

Anesthésie. — Contre-indications aux inhalations de protoxyde d'azote (grossesse, névroses, maladies de cœur, diabète), par LAFFONT. (*Société de Biologie*, 28 novembre 1885.) — Accidents consécutifs aux inhalations du protoxyde d'azote pur, par LAFFONT. (*Ibid.*, 26 décembre 1885.) — De la

Digitized by Google

chloroformisation. Ses inconvénients. Ses dangers, par QUIVOGNE. (*Annales de la Société de médecine d'Anvers*, mars.) — Anesthésie chirurgicale par suggestion, par PITRES. (*Journ. de médecine de Bordeaux*, 6 juin.) — L'emploi des anesthésiques pendant l'accouchement, par ERNST COHN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 16.)

Anévrisme. — Trois observations d'anévrisme de l'aorte, par G. STYAN. (*St-Barth. hosp. Rep.*, XXI, p. 211.) — Anévrisme de la première portion de l'aorte ; tumeur sterno-costale à droite, cause du pouls inverse ; amélioration par l'iodure de potassium, par F. PONCET. (*Mém. de la Soc. de Biologie*, p. 1.) — Anévrisme disséquant de l'aorte, par B. LÜTTICH. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, Band C, Heft, 1, p. 180.) — Anévrisme de l'aorte thoracique traité par la galvanopuncture, par CHURTON. (*Brit. med. journ.*, p. 978, mai.) — Anévrisme de l'aorte guéri spontanément ; cirrhose biliaire d'origine calculeuse, n'ayant donné lieu à aucun symptôme pendant la vie, par ROBIN et MAUNY. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 21 avril.) — Anévrisme traumatique de la carotide interne, par PREWITT. (*Americ. surg. Assoc.*, 30 avril.) — Anévrisme de l'iliaque externe, ligature de l'artère, par MARKOE. (*N. York surg. Soc.*, 15 avril.) — Guérison spontanée des anévrismes, par BRESSELLE. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Traitement de l'anévrisme artério-veineux simple, par POLAILLON. (*Gaz. méd. de Paris*, 5 juin.) — Traitement des anévrismes externes par un nouveau procédé de compression directe, par LAPLACE (*Thèse de Paris*, 26 juillet.)

Angine. — Perforation de la carotide interne dans l'angine phlegmoneuse, par VERGELY. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 4 juillet.)

Angiome. — Sur le nævus, par JOHN DUNCAN. (*Edinb. medic. journ.*, p. 697, février.) — Angiomes de la base de la langue, par YERSIN. (*Archives de physiologie*, 15 mai.) — Traitement des nævi par excision ; analyse clinique de 564 cas, par W. PARKER. (*Brit. med. journ.*, p. 1064, juin.) — Tumeur érectile traitée par l'électrolyse, par MAYOR. (*Rev. méd. Suisse romande*, 15 juillet.) — Traitement des angiomes par le collodion et le sublimé, par BOING. (*Deutsche med. Woch.*, n° 17.)

Anomalie. — Double artère rénale droite avec thrombose de l'un des deux troncs, par MAZZOTTI. (*Bulletino delle Sc. med. di Bologna*, série VI, vol. XV.) — Anomalies anatomiques observées dans les salles de dissection de Guy's hospital en 1883-1884, par HALE WHITE, ARBUTHNOT LANE et PRICE. (*Guy's hosp. Rep.*, XLIII, p. 63.) — Sur l'inversion des viscères, par CHABRY. (*Société de Biologie*, 20 mars.)

Anthropologie. — Circoncision chez les juifs, par SILVAGNI. (*Arch. per l'antropologia*, XV, n° 3.) — De l'index du bord pelvien comme base de la classification, par W. TURNER. (*Journ. of anat. and physiol.*, octobre 1885). — De l'index sacré dans les différentes races humaines, par TURNER. (*Ibid.*, janvier.) — La courbure lombaire de la colonne vertébrale dans différentes races humaines, par TURNER. (*Ibid.*, avril.) — Indicateur crâniométrique, par SERGI. (*Arch. per l'antropologia*, XV, n° 3.)

Antiseptique. — De la médication intestinale antiseptique par l'eau sulfo carbonée, par MORISSE. (*Thèse de Paris*, 30 juin.) — Valeur du biiodure de mercure comme antiseptique en obstétrique, par BERNARDY. (*Obstet. Soc. of Philad.*, 1er avril.)

Appareils. — Sur un appareil destiné à mesurer la conductibilité des tissus vivants pour le son, par d'ARSONVAL. (*Société de Biologie*, 6 mars.) —

Digitized by Google

Anacamptomètre clinique (appareil pour la recherche du phénomène du genou), par DUPRAT. (*Ibid.*, 27 mars.) — Appareil simple destiné à mesurer la quantité totale d'acide carbonique exhalé par les petits animaux, par ARLOING. (*Archiv. de physiologie*, 15 mai.) — Releveur-écarteur du voile du palais ; acoumètre basé sur la durée de l'excitation sonore nécessaire à la perception, par GELLÉ. (*Rev. de laryngol.*, p. 346, 1er juin.) — Canule nasale et auriculaire, par MOURE. (*Ibid.*, 1er juillet.) — Forceps pour l'extraction des corps étrangers de l'oreille et du nez; curette annulaire pour les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, par GUYE. (*Ibid.*, p. 351, 1er juin.) — Manière de se comporter du bronze d'aluminium dans la bouche, par SAUER. (*Deut. Gesellsch. f. Chir.*, XV *Kongress.*) — Coupe-fil pour les sutures métalliques profondes. Instrument de Clasen et Gudendag, présenté par HORTELOUP. (*Bull. Soc. de chir.*, VII, p. 380-381.) — Table d'opération disposée en vue de l'écoulement des liquides, par P. SCHEDE. (*Cent. f. Chir.*, n° 8, p. 121.) — Nouveau mode d'ouverture pour le speculum de Cusco, par AUGUSTE REVERDIN (substitution à la vis d'un cordon élastique). (*Revue médic. de la Suisse romande*, p. 283, mai.) — Speculum de Sims se maintenant de lui-même en place, par DARROW. (*Americ. journ. of Obst.*, juin.)

Artère. — Division tardive de l'artère humérale ; artère radiale passant au-dessus du rond pronateur, par WALTHER. (*Soc. Anat.*, 26 mars.) — La morphologie du système artériel chez l'homme, par A. MACALISTER. (*Journ. of anat. and physiol.*, janvier.) — Un cas de rupture traumatique de l'aorte, par CHIARI. (*Prager med. Woch.*, n° 13.) — Ligature de la carotide primitive droite pour cause d'hémorragie. Guérison sans incident (présentation du malade sans détails), par AUG. REVERDIN. (*Revue médic. Suisse romande*, p. 389, juin.)

Articulation. — Sur le mode de développement des cavités articulaires chez les mammifères, par RETTERER. (*Soc. de Biologie*, 6 février.) — Sur les mouvements du cubitus en pronation et en supination, par C. W. CATHIART. (*Journ. of anat. and physiol.*, juillet 1885.) — Rotation et circumduction, par TH. DWIGHT. (*Ibid.*, juillet 1885.) — Contribution à l'anatomie du genou, par POIRIER. (*Progrès médical*, 17-24 avril, 1er mai.) — Anatomie morphologique du genou, par RICHER. (*Ibid.*, 5 juin.) — De l'ankylose osseuse de l'articulation temporo-maxillaire (ostéotomie, résection, ostéoclasie), par ZIPFEL. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Rupture de la synoviale du genou, par PRUVOST. (*France médicale*, 27 juillet.) — Anatomie pathologique de la coxo-tuberculose, par RECLUS. (*Gaz. hebdom.*, 14 mai.) — De la conservation dans les plaies pénétrantes compliquées des articulations, par DELPORTE. (In-4°, *Lille.*) — Arthrosynovite traumatique du genou droit consécutive à une blessure par arme à feu ; arthrotomie, résection partielle, extraction d'une balle de revolver, guérison, par A. PACI. (*Lo Sperimentale*, février.) — Drainage de l'os comme traitement des premières phases de la coxalgie, par STOKES. (*Brit. med. journ.*, p. 1067, juin.) — Du traitement des tumeurs blanches par le pansement Scott, par SUCHARD. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, avril.) — Traitement de la tumeur blanche ou ostéo-arthrite du coude, par JUAN J. GARCIA. (*Thèse de Paris*, 15 juillet.) — De l'arthrotomie, par JALAGUIER. (*Thèse d'agrég., Paris.*) — De l'arthrotomie antiseptique, par RECLUS. (*Gaz. hebdom.*, 18 juin.) — Deux cas d'arthropathie ataxique, par JAMES MURPHY. (*Brit. med. journ.*, p. 168, juillet.) — Des arthropathies d'origine névropathique, par CZERNY et par VOLKMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 17, p. 279, 26 avril.) — De l'arsenic dans le traitement de l'arthrite déformante, par RUCK. (*Therap. Gaz.*, 15 avril.)

Digitized by Google

Asthme. — Sur le traitement de l'asthme par la teinture de lobélia à haute dose, par SILVA NUNES. (*Bull. de thérapeutique*, 30 mai.)

Auscultation. — Expérience sur l'auscultation au moyen d'un arbre aérien artificiel, par J. BULLAR. (*St-Barth. hosp. Rep.*, XXI, p. 191.)

Autoplastie. — Deux cas d'autoplastie faciale avec succès : 1° cheiloplastie supérieure et inférieure avec méloplastie ; 2° rhinoplastie totale à lambeau frontal replié et fléchi en dedans des narines (avec figures explicatives), par SCARENZIO. (*Annali universali di med.*, mars.)

Avortement. — Avortement, fœtus de 5 mois enveloppé dans la poche de l'amnios, par TANEYHILL. (*Gyn. Soc. of Baltimore*, 13 avril.) — De l'avortement provoqué et des vomissements incoercibles de la grossesse, par O. W. DOE. (*Boston med. and surg. journ.*, 11 février.) — Du traitement des avortements, par GENESTEIX. (*Thèse de Paris*, 31 juillet.) — De l'emploi du laudanum pour arrêter l'avortement, par CHARRIER. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.)

B

Bains. — Des bains de mer à Cette dans le traitement de la scrofule, par SCHRYDT. (*Thèse de Montpellier.*) — Note sur le bain d'Hammam R'ihra comme station d'hiver, par THOMAS SAVILL. (*St-Thomas's Hosp. Rep.*, XIV, p. 117.) — Des effets des bains chauds dans les affections médullaires, par SCHUSTER. (*Berlin klin. Woch.*, n° 14, p. 231, 5 avril.) — Sur la thérapeutique balnéaire, par D. FRANCO. (*Medicina contemporanea*, juin.)

Bassin. — Discussion sur la cellulite pelvienne. (*Gynecol. Soc. of Chicago*, 19 mars.) — Étude différentielle des diverses variétés de cellulite pelvienne, par GOFFE. (*Transact. of the alumni Assoc. of the Womans's hosp. of N. York*, 19 mai.)

Bec-de-lièvre. — Bec-de-lièvre double d'une espèce particulière, par MORIAN (4 incisives sur la moitié du maxillaire supérieur). (*Berl. klin. Woch*, n° 19, p. 315, 10 mai.)

Bégaiement. — Note sur le bégaiement, par CHERVIN. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, n° 1.)

Biliaire (Voies). — Sur la résorption de la bile par les veines sus-hépatiques, par LÉPINE et AUBERT. (*Soc. de Biologie*, 26 déc. 1885.) — De l'endocardite végétante ulcéreuse dans les affections des voies biliaires, par NETTER et MARTHA. (*Arch. de phys.*, 1er juillet.) — Un cas d'oblitération congénitale partielle des voies biliaires, par R. LOMER. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, XCIX, H. I, p. 130.) — Occlusion de l'orifice du canal cystique par un calcul biliaire; abcès de la vésicule, cholécystotomie. Guérison, par HUTCHISON. (*Med. News*, 22 mai.) — De l'intervention chirurgicale dans certains cas de lithiase biliaire, par THIRIAR. (*Rev. de chir.*, 10 mars.) — Deux cas de cholécystotomie suivis de mort, par T. PARKS : un cas de cholécystotomie : guérison, par CARNVALT. (*Jour. of Amer. med. Assoc.*, 8 mai, p. 527.)

Blennorragie. — Rhumatisme blennorragique, par BASSET. (*Ann. de dermat.*, VII, n° 6.) — Du traitement antiseptique local de la blennorragie, par LICHT. (*Thèse de Nancy*, 13 juillet.)

Digitized by Google

Bouche. — Diagnostic et traitement des maladies de la bouche et de la gorge, par HELMKAMPFF. (In-8°, *Stuttgart.*) — De l'étiologie des épidémies de stomatites aphteuses, par E. KLEIN. (*Centralblatt. f. d. med. Wissensch.*, janvier, n° 3.)

Bronche. — Un nouveau cas d'adénopathie intra-thoracique; de l'adénopathie bronchique en général, par J. SIMON. (*Gaz. des hôp.*, 17 juin.) — Bronchite fibrineuse dans une affection mitrale, par von STARCK. (*Berlin. kl. Woch.*, n° 14, p. 221, 5 avril.) — Des hémoptysies dans la dilatation des bronches, par DEJEAN. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.)

C

Cartilage. — Du cancer du cartilage, par de FORTUNET. (*Rev. de chir.*, 10 mai.)

Cellule. — Étude sur la cellule, par ALTMANN. (In-8°, *Leipzig.*) — Observation de karyokinèse dans l'épiderme des mammifères adultes, par MATHIAS DUVAL et RETTERER (*Soc. de Biologie*, 20 mars.)

Céphalotripsie. — Le céphalotribe, par BONNEL. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.)

Cerveau. — Anatomie du corps calleux du cerveau de l'homme, par D.-J. HAMILTON. (*Journ. of anat. and physiol.*, juillet 1885.) — Anatomie d'un cerveau d'hydrominocéphale, par AL. HILL. (*Ibid.*, juill. 1885.) — Sur le développement des éléments de la substance grise corticale des circonvolutions cérébrales, par VIGNAL. (*Acad. des sciences*, 7 juin.) — Les fonctions du cerveau. Doctrines de Goltz, par JULES SOURY. (*Encéphale*, n° 2, p. 129, et n° 3, p. 267.) — Recherches sur la physiologie du cerveau de la grenouille, par J. STEINER. (1 vol. in-8° de 143 p., 1885.) — Quelques points relatifs à la physiologie de l'attention et de la volonté, par JAMES CAPPIE. (*Brain*, p. 196, juillet.)— De la présence du sucre dans le liquide hydrocéphalique, par THIÉRY. (*Progrès médical*, 3 avril.) — Nouvelles expériences à propos de la locomobilité intra-crânienne du cerveau, par J. LUYS. (*Encéphale*, n° 2, p. 163.) — Sur le déplacement du cerveau selon les attitudes, par P. BONNARD. (In-8°, *Paris.*) — Sur la persistance des mouvements volontaires chez les poissons osseux à la suite de l'ablation des lobes cérébraux, par VULPIAN. (*Acad. des sciences*, 28 juin.) — Mode de production des mouvements excités par l'application de courants électriques sur la capsule interne, par E. DUPUY. (*Soc. de Biologie*, 12 déc. 1885.) — Mouvements musculaires et épilepsie malgré la section du pédoncule cérébral après l'excitation électrique du gyrus sigmoïde du même côté, chez le chien. par E. DUPUY. (*Ibid.*, 16 janv.)— Faits relatifs aux voies de communication entre le cerveau et les muscles, par BROWN-SÉQUARD. (*Ibid.*, 20 fév.) — Persistance des troubles moteurs d'origine cérébrale, après ablation de la tête, chez le canard, par R. DUBOIS. (*Ibid.*, 16 janv.) — Temps perdu lorsqu'on électrise les circonvolutions cérébrales ou la substance blanche sous-jacente, par DUPUY. (*Ibid.*, 6 fév.) — Effets de l'irritation thermique du cerveau, par E. DUPUY. (*Ibid.*, 3 avril.) — Inhibition générale par irritation cérébrale, par EUG. DUPUY. (*Ibid.*, 17 avril.)— Extirpation des centres appelés psychomoteurs chez un chien, non suivie de dérangement appré-

Digitized by Google

ciable, par E. Dupuy. (*Ibid.*, 20 fév., 13 mars, 17 avril.) — L'aphasie et ses formes, par G. Banti. (*Lo Sperimentale*, mars.) — Contribution à la localisation des fonctions cérébrales et à l'étude de la dégénérescence secondaire, par Max Brink. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XXXVIII, Heft 3, p. 285.) — Notes avec classification sur 143 cas mortels d'hémorragie intra-crânienne, par Formad. (*Pathol. soc. of Philadelphia*, 25 mars.) — Recherches sur un cas mortel d'apoplexie foudroyante avec hémorragie dans le quatrième ventricule, par Geo.-E. Day. (*Therapeutic Gazette*, IX, n° 2, p. 113.) — Apoplexie cérébrale, hémorragie ou ramollissement, par Hardy. (*Gaz. des hôp.*, 13 juillet.) — Hémorragie de la protubérance, par A. Joffroy. (*Archiv. de physiologie*, 1er avril.) — Trois cas de lésion médullaire au niveau de la jonction de la moelle épinière et du bulbe rachidien, par Herzen et Lœwenthal. (*Ibid.*, 1er avril.) — Physiologie pathologique de la chute soudaine avec perte de connaissance, par Samuel Wilks. (*Brain*, p. 207, juillet.) — Névrite optique double, monoplégie brachiale, à la suite d'une contusion de la colonne vertébrale, par R.-H. Firth. (*The Practitioner*, juin.) — Contusion du cerveau, suivie d'ictère, par V. Boarman. (*Jour. of Amer. med. Ass.*, 27 mars, p. 357.) — Observation d'abcès du cerveau, par Guinon. (*France médicale*, 15 mai.) — Abcès du cerveau à la suite d'une blessure de la tête par arme à feu, autopsie, par Royal Whitman. (*Boston med. journ.*, 25 février.) — Deux cas de tumeur cérébrale avec autopsie, par E.-B. Lane. (*Boston med. journ.*, 11 mars.) — Sur quelques particularités de la névrite optique des tumeurs cérébrales, par Abadie. (*Union médicale*, 25 mai.) — Statistique de 100 cas de tumeurs cérébrales, par W. Hale White. (*Guy's hosp. Reports*, XLIII, p. 117.)

Cervelet. — Sensibilité du cervelet, par E. Dupuy. (*Soc. de Biologie*, 28 nov. 1885.) — Hémorragie récente du cervelet, congestion pulmonaire, mort, par Nattier. (*Jour. de méd. de Bordeaux*, 25 juillet.) — Gliome kystique du cervelet, plusieurs attaques d'hémiplégie et d'aphasie, hémianesthésie et troubles divers de la sensibilité, mort subite, par Duponchel. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1er août.)

Césarienne (Opération). — Opération césarienne de Sanger, par Harris. (*Obst. soc. of Philadelphia*, 6 mai.) — De l'amputation, par le vagin, de l'utérus artificiellement inversé, comme complément de l'opération césarienne, par Duchamp. (*Loire médicale*, 15 avril.)

Charbon. — Du charbon, atténuation du virus charbonneux dans la terre, par Thouvenel. (*Thèse de Nancy*, 12 juin.) — Leçons sur le charbon, par Straus. (*Progrès médical*, 20-27 mars.) — Trois cas de pustule maligne, par G. Moggi. (*Lo Sperimentale*, mars.) — Œdème malin charbonneux des paupières sans pustule, guérison, par Graverry. (*France méd.*, 1er mai.)

Choléra. — Recherches sur le choléra, par Nicati et Rietsch. (In-8°, *Paris.*) — Critique historique de la théorie microbienne du choléra, par Treille. (In-8°, *Paris.*) — L'origine et la diffusion du choléra, par Latimer. (*Med. News*, 16 mai, p. 556.) — La théorie de von Pettenkofer sur le choléra et les épidémies de 1873 et 1884 à Naples, par A. Spatuzzi. (*Il Morgagni*, janv.) — Obs. et critiques sur la diffusion du choléra, par Almquist. (In-8°, *Gothenburg.*) — De l'épidémie cholérique qui a sévi aux environs de Constantine et notamment dans la commune mixte de Fedj Mzala, par Morsly. (In-8°, *Constantine.*) — Histoire de l'épidémie cholérique de 1884, origine, marche, étiologie générale, par Thoniot. (In-8°, 357 p., *Paris.*) — De l'épidémie de choléra à Riga en 1871, par Schmidt. (In-8°, *Riga.*) —

Digitized by Google

Obs. faites pendant l'épidémie cholérique de 1885, par Guérard. (*Acad. des sciences*, 12 juillet.) — Sur la pathologie et le traitement du choléra asiatique, leçon de Maragliano. (*Il Morgagni*, 1er janv.) — Traitement du choléra à l'hôpital de la Charité pendant l'épidémie de 1884, par Bourasseau. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Des injections intra-veineuses dans le traitement du collapsus algide et asphyxique du choléra, par Bernard. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.)

Chorée. — Recherches pathologiques et cliniques sur la chorée, par H.-C. Wood. (*Therapeutic Gazette*, IX, n° 5, p. 289.) — Observations cliniques sur la chorée (exemples de paralysie, d'aphasie, d'anesthésie), par W. Hadden. (*Thomas's hosp. Rep.*, XIV, p. 133.)

Chylurie. — Chylurie intertropicale, par Nativel. (*Thèse de Paris*, 30 janv.)

Cicatrice. — Chéloïde spontanée de l'avant-bras chez un enfant, opération, récidive, par Joel. (*Rev. méd. Suisse romande*, V, p. 246.)

Circulation. — Sur l'influence des mouvements sur la circulation veineuse des membres, par Payen. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.)— Variations locales du pouls dans le cerveau et dans l'avant-bras de l'homme par l'effet de quelques agents thérapeutiques, par Cappelli et Brugia. (*Arch. ital. per le malatie nervose*, fasc. 1.)

Climat. — Annuaire de climatologie et d'hydrologie médicale, par Faralli et Chiminelli. (In-12, *Florence*.) — Climatothérapie, par Hermann Weber, traduit par Doyon et Spillmann. (In-8°, *Paris*.) — Remarques sur le climat de Dublin : statistiques portant sur 20 ans d'observations, par John Will. Moore. (*The Dublin journ. of med. sc.*, p. 18, juillet.)— Friedrichroda et les conditions qu'il offre pour la cure des affections cardiaques d'après la méthode d'Oertel, par Weidner. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 et 28 juin.) — Sur le climat de l'île de la Réunion, par Delteil. (In-8°, *Nantes*.)

Cocaïne. — La culture de la coca, par Rusby. (*Therap. Gaz.*, 15 janv.) — Accidents dus à la cocaïne, par Ziem. (*Deutsche med. Woch.*, n° 21.) — Remarques sur la cocaïne dans une grande série d'opérations sur les yeux, par Herschel. (*Deutsche med. Woch.*, n° 20.) — De quelques nouvelles propriétés de la cocaïne en ophtalmologie, par Guaita. (*Giorn. int. delle sc. med.*, n° 3.) — De la cocaïne et de son emploi thérapeutique dans les maladies du pharynx, du larynx et du nez, par Schech. (*Münchener aerzt. Int. Bl.*, n° 51, 1885.) — Emploi du chlor. de cocaïne dans les extractions dentaires, par Andina. (*Rev. méd. Suisse romande*, 15 juillet.)— De la cocaïne comme anesthésique pour la circoncision, par Madden. (*Therap. Gaz.*, 15 avril.) — De la cocaïne dans l'herpès zoster, par Weissenberg. (*Centralblatt. f. d. med. Wissenschaft.*, n° 10, 6 mars.)

Cœur. — Effets des hautes altitudes sur les maladies de cœur, par Looms. (*Americ. climat. assoc.* 3e session, 10 mai.)— Le diagnostic des maladies du cœur, par Janeway. (*N. York. Acad. of med.*, 20 mai.)— Parésie trémulente du cœur chez un alcoolique, par Peter. (*Gaz. des hôp.*, 12 juin.)— De la dilatation temporaire du cœur dans le cours des maladies aiguës, par J. Coates. (*The Practitioner*, juillet.) — Rétrécissement sous-aortique du ventricule gauche et rétrécissement aortique, par Lenoir. (*Soc. anat.*, 19 mars.)— Du retard carotidien dans l'insuffisance aortique, par Roque. (*Thèse de Lyon*.) — Tuberculose pulmonaire, rhumatisme noueux, péricardite hémorragique, par Rousson. (*Soc. anat.*, 19 mars.) — Rétrécissement de l'orifice aortique, par Potain. (*Gaz. des hôp.*, 15 juin.) — Deux cas différents d'insuffisance mitrale, par Potain. (*Gaz. des hôp.*, 17 juillet.) — Les souffles cardiaques

Digitized by Google

de la région mitrale, par C.-J. Nixon. (*The Dublin journ. of med. sc.*, p. 473, juin.) — Endocardite ulcéreuse limitée au cœur droit : symptômes de bronchopneumonie double, par Walter Smith. (*Ibid.*, p. 542, juin.) — Endocardite végétante chez un garçon de 20 ans, par J. Nixon. (*Ibid.*, p. 543, juin.) — Sur la pathogénie et l'anatomie pathologique de l'endocardite ulcéreuse, par Ledoux-Lebard. (*Arch. de méd.*, mars.) — Cultures bactériennes d'une endocardite mycotique, reproduction de la maladie chez le lapin, par Prudden. (*Assoc. of Americ. physicians*, 17 juin.) — Endocardite ulcéreuse développée sur les valvules aortiques atteintes de lésions anciennes, par Letulle. (*France médicale*, 8 juillet.) — Broncho-pneumonie grippale et endocardite ulcéreuse à pneumocoques, rétrécissement mitral ancien et traces de vieux infarctus dans les reins et la rate, ulcère rond de l'estomac d'origine probablement embolique, par Bezançon. (*Soc. anat.*, 2 avril.) — Hémiplégie par embolie à la suite d'une cardiopathie rhumatismale, par Gombaud. (*Gaz. des hôp.*, 3 juillet.) — Du pouls veineux, par V. Basch. (*Soc. des méd. de Vienne*, 9 avril.) — Cas de péricardite traités par le salicylate de soude, par Samuel L. Abbott. (*Boston med. journ.*, 21 janvier.) — Résultats de traitement des maladies de l'appareil circulatoire par la méthode d'Oertel, par Groedel. (*Berlin klin. Woch.*, n° 14, p. 231, 5 avril.) — Emploi de la bande de caoutchouc sur les membres atteints d'hydropisie, dans un cas d'affection organique du cœur, traitement interne par la caféine à haute dose, par Bloch. (*Gaz. des hôp.*, 20 juillet.)

Conjonctive. — Une épidémie de conjonctivite catarrhale aiguë, par Hansell. (*Med. News.*, 16 mai.) — Contribution à l'étude de l'inflammation hyaline de la conjonctive, par Kamocki. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, mars.) — Atrophie essentielle de la conjonctive, par Brailey. (*Opht. soc.*, 28 janv.) — Nature et traitement de la conjonctivite granuleuse, par Desormes. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Du traitement de la conjonctivite granuleuse par l'excision, par Richter. (*Arch. f. Ophtalm.*, XXXI, 4.) — Nouvelle méthode de traitement des granulations conjonctivales, par S. Cecchini. (*Gaz. degli ospitali*, n° 100, 1885.)

Contagion. — De la cause et du traitement des maladies contagieuses, par S.-H. Durgin. (*Boston med. journ.*, 28 janvier.)

Contusion. — Note pour servir à l'histoire de la stupeur locale, par Verneuil. (*Union médicale*, 20 mai.)

Coqueluche. — Traitement de la coqueluche par l'insufflation de quinine dans le nez, par Bachem. (*Cent. f. klin. Med.*, n° 24.) — Succès des inhalations d'acide phénique pur dans la coqueluche, par R. Pick. (*Deutsche med. Woch.*, n° 21.) — Emploi du nitrite d'amyle dans les quintes de coqueluche par Lewis. (*Therapeutic Gaz.*, 15 avril.) — Cautérisation des ulcérations de la langue dans la coqueluche, par Gay. (*Gaz. des hôp.*, 10 juillet.)

Corne. — Production cornée du cuir chevelu, par Vidal. (*Bull. Acad. de méd.*, XV, n° 19.)

Cornée. — Étude expérimentale sur l'action du nitrate d'argent sur la cornée, par Crozat. (*Thèse de Lyon.*) — Sur l'application à l'œil humain d'un appareil destiné à remplacer la cornée, cornée artificielle, par Martin. (*Bull. de thérap.*, 30 janvier.) — Kératite superficielle non vasculaire, par Dolgenkow. (*Westnik ophtalm.*, mars.) — Kératite sympathique, par Rolland. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1er août.) — De l'inflammation cornéenne et de la formation de l'hypopyon, par Hoffmann. (17e *congrès*

Digitized by Google

d'Opht. Heidelberg, 1885.) — Du traitement antiseptique de l'ulcère à hypopyon, par THOUMAS. (*Thèse de Paris*, 19 juin.) — Du traitement du staphylome conique par une excision d'un lambeau semi-lunaire de la cornée, par GALEZOWSKI. (*Gaz. des hôp.*, 15 juin.) — Épithéliomes et dermoïdes du limbe scléro-cornéen, par PANAS. (*Gaz. méd. de Paris*, 26 juin.)

Corps étranger. — Balle de revolver séjournant sans accidents dans le cerveau, par PRENGRUEBER. (*Bull. Soc. de Chir*, XII, p. 457.) — Corps étranger de la voûte palatine imitant une plaque gangreneuse, par COUPARD. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, mars.) — Des corps étrangers dans le tube digestif, par GOULEY. (*N. York county med. assoc.*, 17 mai.) — Corps étrangers de l'œsophage, par GERSTER. (*N. York surg. soc.*, 26 avril.) — Un œuf de poule dans le vagin, par GOENNER. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1 août 1885.)—Vaginite due à la présence de fourmis rouges dans le vagin, par GILLETTE. (*Obst. soc. N. York*, 16 mars.) — Pessaire enkysté dans le vagin, par PAPIN. (*Gynecol. soc. of Saint-Louis*, 18 mars.)

Cou. — Contribution à l'étude des tumeurs gazeuses de la région antérieure du cou, par PAUL FABRE. (*Gaz. méd. de Paris*, 7 août.)

Crâne. — Crête frontale interne et fossette occipitale médiane, par VARAGLIA. (*Arch. di psichiatria*, VII, fasc. 2.) — Microcéphalie due à une influence psychique sur la mère pendant la grossesse, par LOMBROSO. (*Ibid.*, VII, 2.) — Trois fractures du crâne avec enfoncement, par DIEU. (*Gaz. des hôp.*, 3 août.) — Plaie pénétrante du crâne par arme à feu, guérison, par C. SMITH. (*Brit. med. journ.*, p. 1068, juin.) — Fracture comminutive du crâne, trépanation, guérison, par T. LAW. WEBB. (*Ibid.*, p. 874, mai.) — Monoplégie brachiale passagère à la suite d'une fracture du crâne, guérison, par JONATHAN HUTCHINSON. (*Ibid.*, p. 1097, juin.) — Fracture du crâne : trépanation pour des attaques épileptiformes. Mort, lésion limitée au voisinage du lobule paracentral, par RICHARD DAVY. (*Brain*, p. 74, avril.) — Tumeur du crâne, cancer, par TILLAUX. (*Gaz. des hôp.*, 20 juillet.) — Essai sur les conditions de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs intra-crâniennes, par GUARY. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.)

Crétinisme. — Le crétin, essai anatomique et physiologique, par GIROUD. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.)

Cristallin. — Des variations de forme du cristallin à l'état pathologique, par BERTRAND. (*Thèse de Lyon.*) — Des anomalies congénitales du cristallin, par SCHIESS GEMUSEUS. (*Arch. f. Ophtalm.*, XXXI, Abth. 4.) — Sur la loi d'augmentation de l'indice de réfraction dans le cristallin des mammifères et des poissons, par MATTHIESSEN. (*Ibid.*, II.) — Cataractes capsulaires, par GALEZOWSKI. (*Progrès médical*, 24 avril.) — Conseils pour l'opération de la cataracte, par ARLT. (*Archiv für Ophtalmologie*, XXXI, n° 3.) — De l'opération de la cataracte, par HIRSCHBERG. (*Deutsche med. Woch.*, n° 18 et suiv.) — De la valeur de l'iridectomie dans l'extraction de la cataracte, par RENARD. (*Thèse de Nancy*, 1er juillet.) — Modification à l'extraction de la cataracte, par LAURENTJEW. (*Westnik ophtalm.*, mars.) — Instructions générales pour l'opération de la cataracte, par GALEZOWSKI. (*Rev. d'oculistique*, avril.) — Extraction de la cataracte chez un aliéné, par BICKERTON. (*Lancet*, fév., p. 315.) — L'injection ou l'irrigation dans l'opération de la cataracte, par MAC KEOWN. (*Lancet*, fév., p. 325.) — Des effets fâcheux de la cocaïne dans l'extraction de la cataracte, par W. WHITE. (*Opht. Review.*, V, p. 5.) — Un cas de luxation du cristallin dans la chambre antérieure, par RABINOWITCH. (*Westnik ophtalm.*, mars.)

Criminels. — Le caractère des criminels, par BENEDICT. (*Arch. di psichiatria*,

Digitized by Google

VII, 2.) — Sensibilité des criminels à l'anesthésiomètre, par Rossi. (*Arch. di psichiatria*, VII, 2.) — Tatouage des criminels en Angleterre, en Allemagne et en Italie, par Lombroso. (*Arch. di psichiatria*, VII, 2.)

Cysticerque. — Une extraction de cysticerque du corps vitré, par Haltenhoff. (*Revue méd. Suisse romande*, p. 42, janvier.)

D

Dengue. — Recherches sur l'étiologie de la dengue, par Mac Laughlin. (*Med. News*, 5 *juin*, p. 634.)

Dent. — Contribution à l'odontogénie, par Debierre et Pravaz. (*Arch. de phys.*, 1er juillet.) — Notions d'hygiène dentaire à l'usage des écoles, par Préterre. (*Broch., Paris.*) — De la greffe dentaire, par Bugnot. (In-8°, 76 p., *Rouen.*) — Cécité soudaine causée par des dents malades, par Skogsborg. (*Deut. Monat. f. Zahnheilk.*, n° 1, 1885.)— Emploi des préparations de sublimé dans la pratique dentaire, par Breithaupt. (*Deut. Monat., f. Zahnheilk.*, mars.)

Désinfection. — De la désinfection par les fumigations de sublimé, par Lubbert. (*Münchener aerzt. Int. Bl.*, n° 49, 1885.) — Étuve selhydrique à désinfection, par Dobroslavine. (*Rev. d'hyg.*, VIII, n° 6.) — Le lazaret des épidémies à Strasbourg et l'étuve à désinfection de Koch, par Weisgerber. (*Rev. d'hyg.*, VIII, n° 6.) — Étude sur la désinfection des bâtiments, par Pottier. (*Arch. méd. navale*, juin, p. 426.)

Diabète. — Étude clinique sur quelques points de l'histoire du diabète. (*Gaz. hebdom.*, 23 juillet.) — Sur le diabète sucré, revue par Straus. (*Journ. de pharm.*, 1er juin.) — De la production expérimentale d'une polyurie persistante, par Kahler. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 18, p. 298, 3 mai.) — Glycosurie des athrepsiques, par A. Robin. (*Gaz. méd. de Paris*, 19 juin.) — Un cas de polyurie azoturique, par P. Raymond. (*France médicale*, 6 mai.) — Considérations sur le diabète acétonémique, par Cornillon et Mallat. (*Progrès médical*, 10 avril.) — Sur la perte du réflexe rotulien dans le diabète sucré, par Marie et Guinon. (*Rev. de méd.*, juillet.) — Leçon sur le coma diabétique, par J. Dreschfeld. (*Brit. med. journ.*, p. 358, août.) — Exemple de gangrène diabétique spontanée des orteils, par F. Mendel. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 24, p. 392, 14 juin.) — Ablation d'un épulis chez un diabétique, par Redard. (*Rev. de chir.*, 10 juin.) — Cas de diabète traité par la pancréatine et le régime azoté, par Baumel. (*Montpellier méd.*, mars.)

Diphtérie. — L'identité du croup et de la diphtérie, par Mac Donagh. (*Ontario med. Association*, 2 juin.) — Identité du croup membraneux et de la diphtérie, par Leslie Phillips. (*Brit. med. journ.*, p. 1061, juin.) — Des empoisonnements atmosphériques, épidémie diphtéritique intermittente de 14 mois de durée, par Chive. (*Broch., Rouen.*) — Inoculation et incubation de la diphtérie, par Grancher. (*Semaine méd.*, 21 juillet.) — De quelques cas d'angine couenneuse, par J. Simon. (*Gaz. des hôp.*, 8 juillet.) — Angine diphtéritique sur un enfant de 12 ans, paralysie consécutive, mort, par Dubrisay. (*Union médicale*, 29 mai.) — Contre-indications et précautions à prendre dans le traitement de la diphtérie par le brome, par P. Hesse. (*D. Arch. f. klin. Med. Bd.* XXXVIII, p. 478, Heft. 4-5.) — Poivre cubèbe

Digitized by Google

sous forme de vaporisations dans un cas de croup complètement désespéré, guérison, par COUTEROUX. (*Bulletin de thérapeutique*, 30 mars.) — Le traitement le plus simple et le plus efficace de la diphtérie (calomel), par H. DALY. (*Americ. Laryng. Assoc.*, 27 mai.) — Traitement de l'angine diphtérique par le perchlorure et l'oxychlorure de fer magnétique, par LAURENT. (*Thèse de Paris*, 31 juillet.) — Traitement du croup par le chlorhydrate de pilocarpine, par CHARLES ULTER. (*Therapeutic Gazette*, 1885, n° 10, p. 666.) — Le traitement chirurgical du croup, par FARLANE. (*Ontario med. Assoc.*, 2 juin.) — Du traitement de la diphtérie par la galvanocaustique, par BLOKBRAUM. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 18, p. 299, 3 mai.) — Moyen de prévenir la contagion dans l'aspiration des fausses membranes trachéales (tampon d'ouate à l'extrémité du tube trachéal), par GARRE. (*Correspondenzblatt für schweizer Aerzte*, n° 11, p. 281, 1er juin.) — Tubage du larynx, par DUNNING. (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 17 avril.) — Tubage du larynx, 17 cas. Résumé des observations, par WASHAM. (*Chicago med. journ.*, mars.) — Tubage du larynx dans 15 cas de croup, par DULON BROWN. (*Med. Record, N. York*, 10 avril.) — Tubage du larynx, pneumonie double, mort, par NORTHRUP (*Ibid.*, 13 mars.)

Dysenterie. — Emploi de la quinine dans la dysenterie chronique, par MARSH. (*Therap. Gaz.*, 15 mai.) — Traitement de la dysenterie par la poudre d'Anderjoa, par LESUR et CLARENC. (*Bull. soc. méd. de l'île Maurice*, 24 décembre 1885, et *Gaz. hebd.*, 14 mai 1886.)

E

Eau. — Les eaux potables de Compiègne, par PRIOU. (*Broch. Compiègne*.

Eaux minérales. — De la spécialité thérapeutique des eaux de Brides-les-Bains, par LARSUS. (*Broch. Moutiers.*) — La proportion d'arsenic des thermes de Baden-Baden, par A. FREY. (*Deutsche med. Woch.*, n° 18.) — Des effets de l'eau salée de Friedrichshaller, son influence sur les échanges organiques, par MARKWALD. (*Deutsche med. Woch.*, n° 23, p. 391.) — Conditions d'efficacité de l'arsenic contenu dans les eaux minérales naturelles, par JACOB (de Cadowa). (*Berlin. klin. Woch.*, n° 14, p. 231, 5 avril.) — Obs. cliniques faites dans l'établissement des eaux de Marienbad, par DOBIESZEWSKI. (*Bull. de thérap.*, 30 avril.) — Du degré de thermalité des eaux d'Aix dans le traitement de la goutte, suite d'études sur l'arthritis, par VIDAL. (In-8°, *Chambéry*.) — Usage des eaux minérales dans les affections de l'oreille, de la gorge et de la poitrine, par LAURENCE TURNBALL. (*Therapeutic Gazette*, n° 8, p. 524.) — Notice sur les thermes de Luchon, par FERRAS. (*Broch. Toulouse*.) — L'étiologie constitutionnelle de la phtisie recherchée dans ses formes et leur curation aux eaux sulfureuses, notamment les eaux de Cauterets, par SIRIAC-LAGRANGE. (*Bulletin de thérapeutique*, 15 mai.) — Des bons effets des eaux de la Kronenquelle sur la goutte et les affections arthritiques, par MAYER. (*Annales de la société de médecine d'Anvers*, février.)

Éclampsie. — De l'albuminurie gravidique et de l'éclampsie puerpérale, par CAMILLE JOSEPH. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Recherches chimiques et expérimentales sur l'éclampsie. Découverte d'une substance cristalline toxique dans le sang des éclamptiques, par DOLÉRIS et BUTTE. (*Soc. de biologie*, 27 fév.)

Eczéma. — De l'eczéma de la jambe, par LAJUGIÉ. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.)

Digitized by Google

— De la résorcine dans le traitement de l'eczéma, par Wyss (*Forstchritt der Med.*, 5 janv.)

Électricité. — Eléments d'électricité médicale, par Rieger. (In-8°, *Iéna.*) — État actuel de l'électrothérapie, par A. Eulenburg. (*Berliner klinische Wochens.*, 22 et 29 mars.) — Contributions à l'électro-diagnostic, par Stintzing. (*Ibid.*, 26 avril.) — Galvanomètres horizontaux et galvanomètres verticaux, par K. Schall. (*Ibid.*, 17 mai.) — Différence d'effet thérapeutique des courants électriques et exploration électrique de l'étendue du champ visuel, par Engelskjon. (*Nord. med. Ark.*, n° 5, 1885.) — Remarques sur les effets des courants électriques très puissants, par G. F. de Schweinitz. (*Therapeutic Gazette*, IX, n° 1, p. 19.) — De l'électrolyse en gynécologie, par H. Martin. (*Amer. med. assoc.*, 5 mai.)

Embryon. — De l'extrémité antérieure de la corde dorsale et de son rapport avec la poche de Rathke chez l'embryon du poulet, par Romiti. (*Arch. ital. de biol.*, VII, fasc. 2, p. 226.)

Emphysème. — Un cas d'emphysème sous-cutané total, guérison, par Moschner. (*Berl. klin. Woch.*, 21 sept. 1885.) — Un cas d'emphysème sous-cutané, par Grancher. (*Union médicale*, 25 mars.)

Empoisonnement. — Manuel de toxicologie, par Dragendorff; 2e édition, par Gautier. (In-18, *Paris.*) — Coloration des liquides antiseptiques pour éviter les accidents, par Vigier. (*Bull. de thér.*, 15 fév.) — Empoisonnement par des graines de stramonium, par Gratiot. (*Jour. of amer. med. ass.*, 10 avril, p. 400.) — Du morphinisme chronique et de la responsabilité pénale chez les morphinomanes, par Gaudry. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — De l'état mental et de la responsabilité pénale dans le morphinisme chronique, par Paul Garnier. (*Annal. méd. psych.*, 7e série, t. III, p. 351.) — La morphiomanie et son traitement, par Pichon. (*Encéphale.*, n° 3, p. 307.) — Cas d'empoisonnement par l'opium, guéri par l'atropine, par F. M. Brundage. (*Therapeutic Gazette*, IX, n° 5, p. 305.) — Empoisonnement par l'atropine chez un enfant de 2 ans 1/2; administration de tanin, guérison (ingestion accidentelle de 3 centigrammes de sulfate), par A. Hoffmann. (*Corresp.-Bl. f. schweizer Aerzte*, n° 4, p. 81, 15 février.) — Empoisonnement accidentel par injections d'ergotine, par Goenner. (*Ibid.*, 1er mai.) — Empoisonnement par les frictions belladonées, par Bloomfield. (*Therap. Gaz.*, 15 mai.) — Collapsus et purpura déterminés par l'antipyrine, par Strauss. (*Berl. klin. Woch.*, 31 août 1885.) — Empoisonnement par le camphre, par Ryan. (*Australian med. journ.*, 15 oct. 1885.) — Note sur trois cas d'empoisonnement par la vapeur de charbon, par Charles Morton. (*St-Barth. Hosp. Rep.*, XXI, p. 73.) — Empoisonnement d'un sujet une fois par les moules, une fois par le hareng, par Schuster. (*Deutsche med. Woch.*, n° 18.) — Sur les moules toxiques, par Virchow. (*Berlin. klin Woch.*, n° 3, p. 45, 18 janvier.) — Relation d'un cas d'empoisonnement arsenical aigu, par S. M. Ward. (*Therapeutic Gazette*, IX, n° 8, p. 519.) — De l'intoxication mercurielle par l'usage de capsules au fulminate de mercure, par Faucher. (*Rev. d'hyg.*, 20 juillet.) — Empoisonnement par la benzine, par Binz (7 grammes n'ont déterminé que des éructations). (*Berlin. klin. Woch.*, n° 15, p. 246, 12 avril.) — Empoisonnement par l'hydrogène arsenié, guérison, par Coester. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 13, p. 209, 29 mars.) — Deux cas d'empoisonnement par le sublimé, par Hildebrandt. (*Deutsche med. Woch.*, n° 21.) — Empoisonnement par le chlorate de potasse, guérison, par Glaser. (*Deutsche med. Woch.*, n° 17.) — Un cas d'intoxication arsenicale, par C. Woodville (*Therapeutic Gazette*, 1885, n° 10, p. 668.)

Digitized by Google

Enfant. — Protection des enfants du premier âge élevés chez leurs parents pauvres, par Brenot. (In-8°, *Lille.*) — Notes cliniques sur les maladies des enfants, par Revilliod. (*Thèse de Paris*, 12 juin.) — Contribution à l'étude de la réfraction chez les enfants en bas âge et chez ceux qui fréquentent l'école, par Th. Germann. (*Archiv f. Ophtal.*, XXXI, n° 2.) — Maladies des organes digestifs dans l'enfance et l'adolescence, par L. Starr. (In-8°, *Philadelphie.*) — Note sur la tuberculose des enfants à la mamelle, par Damaschino. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 3 mai.) — Contribution à l'étude comparative des convulsions, par J. Hughlings Jackson. (*Brain*, p. 1, avril.) — De la céphalalgie récurrente chez les enfants et de son traitement (par l'ergotine), par Russell Sturgis. (*Boston med. journ.*, 11 février.) — Un cas d'hémiplégie cérébrale infantile, par Descroizilles. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, mai.) — Du tabes dorsal spasmodique chez l'enfant, par Gilbert. (*Rev. méd. Suisse romande*, 15 juillet.) — Endocardite latente ; embolies, attaques apoplectiformes et hémiplégies chez les enfants, par Grancher. (*Gaz. des hôp.*, 3 juillet.) — Pleurésie purulente chez les enfants, son traitement, par Blachez. (*Gaz. hebdom.*, 4 juin.) — De la bronchite des enfants en général, par Simon. (*Gaz. des hôp.*, 29 juillet.) — Une observation d'hémophilie chez un enfant de 8 ans, par John Mac Caw. (*The Dublin journ. of med. sc.*, p. 507, juin.) — De la nature de la pneumonie aiguë chez les enfants, par A. Toxwell. (*The Practitioner*, juillet.) — Pneumonie compliquée dès le début de néphrite parenchymateuse hémorragique et plus tard d'anurie, chez un enfant de 3 ans 1/2, guérison, par Pégaitaz. (*Rev. méd. Suisse romande*, p. 232, avril.) — Un cas de maladie de Hodgkin chez un enfant, par Tyler. (*Americ. journ. of obstet.*, juillet.) — De l'éléphantiasis des Arabes chez les enfants, par Moncorvo. (In-8°, *Paris.*) — Étude clinique de la fièvre et des antipyrétiques nouveaux dans les maladies infantiles, par Montennis. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Les maladies chirurgicales des enfants, par E. Owen. (In-8°, *Londres.*) — Ablation totale du maxillaire inférieur, par la bouche, chez un enfant de 5 ans, par Anford. (*Jour. of amer. med. assoc.*, 27 mars, p. 354.) — De la claudication chez les enfants, par Brousolle. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — De l'invagination chez les enfants, par Forest. (*Amer. journ. of obstet.*, juillet.) — Un cas d'occlusion intestinale par des matières stercorales, par J. Simon. (*Gaz. des hôp.*, 27 mai.) — Deux cas de hernie étranglée chez des enfants de 15 mois et de 2 ans. Kélotomie, guérison, par R. Clement Lucas. (*Guy's hosp. Rep.*, XLIII, p. 25.) — Engouement stercoral chez un enfant de cinq mois, par Marmaduke Sheild. (*Brit. med. journ.*, p. 164, juillet.) — Sarcome de la tunique vaginale chez un enfant, par Aug. Reverdin et A. Mayer. (*Revue médic. Suisse romande*, p. 205, avril.) — Deux cas de taille chez les enfants, par Hortolès. (*Montpellier méd.*, juillet.) — Sarcome ulcéré du duodénum chez un enfant, par F. Bessel Hagen. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, XCIX, H. 1, p. 99.)

Épilepsie. — Des épileptiques simples et de leur hospitalisation dans le département de l'Allier, par Lapointe. (*Ann. méd. psych.*, t. III, p. 400.) — Statistique de 300 cas d'épilepsie, par John Harley. (*St-Thomas's hosp. Rep.*, XIV, p. 179.) — Épilepsie provoquée par application de courants faradiques sur le gyrus sigmoïde du chien, par L. Dupuy. (*Soc. de Biologie*, 26 déc. 1885.) — Pathogénie de l'épilepsie, par Seppilli. (*Arch. di psichiatria*, VII, 2.) — Équations personnelles des épileptiques, par Tanzi. (*Ibid.*, VII, 2.) — 4 cas d'épilepsie ovarienne, par Palmer. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 1er mai, p. 474.) — Épilepsie mensuelle, par Kelly. (*Obst. soc. of Philad.*, 4 mars.) — Épilepsie réflexe causée par des larves de mouche dans le tube digestif, par Krause. (*Deutsche med. Woch.*, n° 17.) — Remarques sur le traitement de l'épilepsie, par Charles K. Mills. (*Therapeutic Gaz.*,

Digitized by Google

IX, n° 2, p. 112.) — Épilepsie à aura périphérique guérie après l'application de vésicatoires au-dessus du point de départ de l'aura, par PITRES. (*Progrès médical*, 1er mai.) — Des principes du traitement de l'épilepsie, par ERLENMEYER. (In-8°, *Wiesbade*.) — Quatre cas d'épilepsie traités avec succès par l'hydrothérapie (douches froides en pluie très courtes) et les bromures à hautes doses, par P. GLATZ. (*Revue médicale Suisse romande*, VI, p. 92, avril.) — Ligature de l'artère vertébrale contre l'épilepsie, par HALLAGER. (*Hospit. Tidende*, 14 juillet.)

Érysipèle. — Marche de la température dans l'érysipèle, par CAMPOS. (*Thèse de Paris*, 15 juillet.) — Érysipèle traumatique chez les chevaux et son traitement par la résorcine, guérison, par R. KUFFNER. (*Monatshefte f. prakt. Dermat.*, n° 6, p. 247.) — Pathogénie et anatomie pathologique de l'érysipèle, par M. DENUCE. (*Thèse de Bordeaux*, 1885.)

Éruptions. — Des érythèmes papuleux fessiers postérosifs, par JACQUET. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, mai.) — Diagnostic des fièvres éruptives à leur début, par G. SÉE. (*Semaine médicale*, 7 juillet.) — Des éruptions cutanées causées par l'administration interne de mercure, et en particulier de la forme scarlatineuse, par GAUCHERAUD. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.)

Estomac. — La digestion stomacale, par HERZEN. (In-8°, *Lausanne*.) — Sur la dyspepsie cardiaque, par MULLER. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — De la dilatation de l'estomac et de son traitement, par VON SOHLERN. (*Berlin klin. Woch.*, n° 14, p. 231, 5 avril.) — Gastrite chronique catarrhale, par DELAFIELD. (*Assoc. of americ. physicians.*, 17 juin.)— Ulcère perforant de l'estomac, par WOOD. (*Therap. Gaz.*, 15 mars.) — Emphysème du médiastin, à la suite de la perforation dans cette région d'un ulcère de l'estomac, par FABER. (*Centralblatt. f. med. Wissench.*, n° 22, 29 mai.) — Du pronostic dans le cancer de l'estomac, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 24 mars.) — Cancer colloïde ayant envahi tout l'estomac, par NEWELL MARTIN. (*Med. News.*, 16 mai, p. 563.) — Sur un cas de vomissements fécaloïdes dans le cancer de l'estomac, par BOUSSUMIER. (*Thèse de Paris*, 24 juin.) — Du traitement de l'ulcère rond de l'estomac par l'albuminate de fer, par TE GEMPI. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 15, p. 240, 12 avril.)— Usage du lait de beurre dans les maladies de l'estomac, par R. J. PEARE. (*Therap. Gaz.*, IX, n° 4, p. 221.) — Résection du pylore, mort au 4e jour, par J. COATS et E. MAYLARD. (*Brit. med. journ.*, p. 150, juillet.) — Résection du pylore par BOLLING. (*Hygiea*, déc. 1885.)

Expectoration. — Traité pratique sur les crachats, par G. H. MACKENZIE. (In-8°, *Londres*.)

F

Face. — Destruction d'une partie de la face. Prothèse, par LE DENTU. (*Bull. Soc. de Chir.*, XII, p. 456-457.)

Ferment. — De l'emploi thérapeutique des ferments digestifs, par PURSER. (*The Dublin journ. of med. sc.*, p. 193, mars.) — Expression graphique de la fermentation. Influence des agents physiques (pression, électricité, magnétisme, lumière), par P. REGNARD. (*Soc. de Biologie*, 17 avril.)

Fièvre. — De la fièvre post-opératoire, par CECCHERELLI. (*Giorn. int. delle*

Digitized by Google

sc. med., n° 5.) — Fièvres traumatiques et épitraumatiques, leur diagnostic au lit du malade, par Isnard. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.) — De l'auto-intoxication considérée comme accident deutéropathique dans les maladies fébriles, par Bouchard. (*Union médicale*, 10 avril.)

Fièvre intermittente. — Thermométrie clinique; le pronostic des fièvres palustres, par Catrin. (*Gaz. hebdomad.*, 16 juillet.) — Sur certains éléments trouvés dans le sang des sujets atteints de fièvre intermittente, par Councilman. (*Assoc. of Americ. physicians*, 18 juin.) — L'impaludisme dans ses rapports avec l'organe auditif, par C. Leop. Weich. (*Thèse inaugurale. Bâle.*) — Valeur de l'essence d'eucalyptus dans quelques affections paludiques, par Musser. (*Therap. Gaz.* 15 juin.) — Du traitement de la fièvre paludique hémorragique, par Day. (*Therapeutic Gaz.*, 15 fév.) — Sulfate de quinine et fièvre hématurique à la Guadeloupe, par Gorron. (*Thèse de Paris*, 6 juillet.)

Fièvre jaune. — Recherches sur la fièvre jaune; critique des théories microbiennes émises en Amérique au sujet de cette maladie, par Le Dantec. (*Thèse de Paris*, 6 juillet.)

Fistule. — Des fistules broncho-cutanées, par Bourdon. (*Thèse de Paris*, 15 juillet.) — Fistule vésico-vaginale s'étendant de l'urètre à l'orifice interne du col de l'utérus, opération, guérison, par C. Dudley. (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 27 mars, p. 353.)

Foie. — Leçon clinique sur la cirrhose du foie, basée sur l'étiologie, par Robert Saundby. (*Brit. med. journ.*, p. 1210, juin.) — Les cirrhoses, par Lancereaux. (*Union médicale*, 24 avril.) — De la pathogénie et de la curabilité de l'ascite dans la cirrhose alcoolique du foie au début, par Coutray de Pradel. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Guérison d'une ascite paraissant sous la dépendance d'une cirrhose, et ponctionnée : bonne santé 17 ans après, par Hutchinson. (*Brit. med. journ.*, p. 64, juillet.)— Cirrhose hypertrophique du foie résultant de l'arrêt d'un calcul volumineux dans les voies biliaires, par Pruvost. (*France médicale*, 19 juin.) — Cirrhose atrophique à marche rapide, par Audain et B. Edwards. (*Tribune méd.*, 30 mai.) — Atrophie jaune aiguë du foie par Zitcke. (*Therap. Gaz.*, 15 fév.)—Abcès du foie. Guérison spontanée, par Buchanan. (*The Practitioner*, juin.)—Abcès du foie : incision, guérison, par Cliquet. (*Arch. méd. militaire*, 16 avril, p. 299.) — Idem, par Pommay. (*Ibid.*, p. 305.) — Abcès du foie consécutif à une inflammation suppurative des trompes utérines, par Handford. (*Brit. med. journ.*, p. 881, mai.) — Atrophie jaune aiguë du foie, par Glaeser. (*Deutsche med. Woch.*, n° 16.) — Sur le complexus symptomatique de la soi-disant atrophie aiguë du foie ou ictère typhoïde, par Klebs. (*Corresp. Blatt. für schw. Aerzte*, n° 8, p. 206, 15 avril.) — Kyste hydatique du foie guéri par une seule ponction, urticaire, par C.-L. Wartmann. (*Rev. médic. Suisse romande*, p. 103, février.)

Forceps. — Examen critique du forceps Tarnier. Réponse à M. Bailly. (*Arch. de tocologie*, 30 juin.) — Des forceps, par C. Breus. (*Wien. med. Presse*, n° 11, p. 340.) — Description d'un forceps à traction simple dans l'axe du bassin, par Will. Neville. (*The Dublin journ. of med. sc.*, p. 295, avril.)

Fracture. — Doctrines erronées sur le traitement des fractures, par Roberts. (*Americ. med. Assoc.*, 28 avril.) — Traitement des fractures ouvertes des membres dans leur continuité, par Leguérel. (*Thèse de Paris*, 31 juillet.) — Fracture ancienne du coude, par Walter. (*Soc. anatom.*, 2 avril.) — Du

Digitized by Google

traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius vicieusement consolidées, par NUGUET. (*Thèse de Lyon.*) — Fracture de Colles, par STIMSON. (*N. York surg. Soc.*, 15 avril.) — Fracture de l'extrémité inférieure du radius, par HALL. (*N. York surg. Soc.*, 15 avril.). — Fracture du métacarpien du pouce, par EDW. BENNETT. (*Brit. med. journ.*, p. 12, juillet.) — Des fractures verticales du bassin, par LEBLANC. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Du traitement des fractures du corps du fémur par l'appareil à extension de Tillaux, par DIEU. (*Gaz. des hôp.*, 24 juin.) — Des fractures de cuisse compliquées de plaies, par LEGRAND. (*Thèse de Paris*, 22 juin.) — Le traitement des fractures par la suture des os et le drainage, par VERITY. (*Americ. med. Assoc.*, 28 avril.) — Disjonction traumatique incomplète de l'épiphyse inférieur du fémur combinée avec une fracture; tentative de conservation, gangrène et suppuration, amputation, guérison, par JACQUES L. REVERDIN. (*Revue médic. Suisse romande*, p. 294, mai.) — De l'application scientifique de l'extension continue au membre inférieur, par HENNEQUIN. (*Rev. de chir.*, 10 juillet.) — Traitement des fractures du corps du fémur, par TILLAUX. (*Gaz. des hôp.*, 8 juin.) — Sur le traitement des fractures par l'appareil suisse, par MORAND. (*Gaz. des hôp.*, 17 juillet.) — Fracture de la rotule. Cal d'apparence osseuse. Présentation du malade, par DESPRÉS. (*Bull. Soc. de chir.* XII, p. 380.)

G

Gangrène. — Un cas de gangrène spontanée de la région gauche du cou avec altérations secondaires du rocher, par HONKAMP. (*Centralblatt f. d. med. Wissensch.*, n° 2, janvier.) — Gangrène occasionnée par une plaie du bras, par NARDYZ. (*Rivista clin. di Bol.*, n° 5.)

Gastrostomie. — De la gastrostomie, par ANNÉQUIT. (*Thèse de Bordeaux.*) — La gastrostomie en cas de rétrécissement de l'œsophage. (*Gaz. des hôp.*, 31 juillet.)

Gelure. — Deux cas d'amputation des deux pieds à la suite de congélation, par GORHAN. (*Wien. med. Presse*, n° 16, p. 508.)

Génitaux (Org.) — Des abcès phlegmoneux des glandes vulvo-vaginales, par THIRY. (*Arch. de tocologie*, 30 juin.) — De la production de symptômes nerveux complexes par les modifications anatomiques des organes sexuels, par ENGELHARDT. (In-8°. *Stuttgart.*) — Ulcération consécutive à un abcès de la glande de Bartholin, simulant un chancre simple, par NIVET. (*Ann. de dermatol.*, VII, n° 7.)

Genou. — Du genu valgum et de son traitement par l'opération de Macewen, par HORNE. (*Therap. Gaz.*, 15 janvier.) — Des divers modes de traitement du genu valgum, par FLORENTIN. (*Thèse de Paris*, 10 juin.) — Pathologie et clinique du genou valgus, par C. ROMANO. (*Giorn. int. delle sc. med.*, 1.)

Géographie méd. — Traité pratique des maladies des pays chauds (maladies infectieuses), par ROUX. (In-8°, *Paris.*) — Ethnographie et géographie médicale du Morbihan, par ATGIER. (*Arch. méd. milit.*, p. 376, 16 mai.) — Pathologie comparée des races humaines à la Guyane française, par ORGEAS. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.)

Digitized by Google

Glaucome. — Du glaucome, par JAVAL. (*Semaine méd.*, 19 mai.) — Un cas de glaucome consécutif à une instillation de cocaïne, par MANZ. (17e Congrès d'opht. *Heidelberg*, 1885.) — Relations entre le glaucome primitif et l'âge des malades, par SMITH. (*Ophthalm. Soc.*, 11 mars.) — Du traitement de certaines formes de glaucome sans opération, par PANAS. (*Bull. Acad. de méd.*, 15 juin.) — Danger de la cocaïne dans le glaucome, par JAVAL. (*Bull. Acad. de méd.*, 20 avril.)

Goutte. — Un cas de goutte invétérée, par WILLIAM PEARSE. (*Brit. med. journ.*, p. 1060, juin.) — Goutte héréditaire, asphyxie locale des pieds et des mains permanente ; production accidentelle de petits tophus épidermiques, par JONATHAN HUTCHINSON. (*Ibid*, p. 1159, juin.)

Greffe. — Des greffes cutanées, par THIERSCH et CZERNY. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 17, p. 279, 26 avril.) — Recherches sur les greffes épithéliales, par BOCCARDI. (*Medicina contemporanea*, avril.)

Grippe. — Sur les déterminations pleurales de la grippe, par CANNAC. (*Thèse de Paris*, 5 juin.)

Grossesse. — Vomissements incoercibles pendant la grossesse, par SMITH. (*Americ. journ. of obst.*, juin.) — De l'anasarque et de l'albuminurie des femmes enceintes, par LEYDEN. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 mars et suiv.) — L'hydrorrhée des femmes enceintes, par EARLE. (*Gynecol. Soc. of Chicago*, 15 janv.) — Des métrorragies au début de la grossesse, par PARDO DE TAVERA. (*Thèse de Paris*, 5 juin.) — L'influence de la malaria et de la quinine sur la grossesse, par M'KEOUGH. (*Ontario med. Assoc.*, 3 juin.) — Ovulation pendant la grossesse, par CHRISTOPHER. (*Am. journ. of obst.*, p. 457, mai.) — Observation de grossesse hydatiforme, par DOERING. (*Gyn. Soc. Chicago*, 15 janvier.) — Grossesse extra-utérine avec rupture de la trompe, laparotomie au 33e jour, guérison, par O'HARA. (*Obst. Soc. of Philadelphia*, 6 mai.) — Laparotomie pour grossesse extra-utérine supposée. Section césarienne. Extraction d'un enfant vivant pesant 7 livres, par COLEMAN. (*Journ. of Am. med. Assoc.*, p. 527, 8 mai.) — Un cas de grossesse simulant une grossesse extra-utérine à terme ; laparotomie ; opération césarienne ; extraction d'un enfant vivant ; mort de la mère de pyémie au 8e jour, par COLEMAN. (*Americ. surg. Assoc.*, 30 avril.)

Gynécologie. — Notes de gynécologie, par A. DE GIOVANNI. (*Medicina contemporanea*, juin.) — Faits de gynécologie, leçon par RUGGI. (*Rivista clinica di Bologna*, janvier.)

H

Helminthes. — Sur l'étiologie et la pathogénie des maladies tropicales attribuées à la filaire du sang humain, par CALMETTE. (*Thèse de Paris*, 6 juillet.) — Sur l'embryogénie et sur les conditions du développement de quelques nématodes, par E. HALLEZ. (*Mém. de la Soc. des Sc. de Lille*, 4e série, t. XV.) — Nouvelles contributions à l'étude de l'ankylostome, par LEICHTENSTERN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 11, p. 173.) — Recherche microscopique de la trichine ou de la ladrerie dans la chair de porc, par ROLLER. (In-8°.) — De la trichine, par LONG. (In-8°, *Berlin*.)

Hématome. — De l'épanchement sanguin et de son traitement par la com-

Digitized by Google

pression, par DUTARD. (*Thèse de Paris*, 30 juillet.) — De l'évolution des hématomes traumatiques, par LEMARIGNIER. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.)

Hémoglobinurie. — De l'hémoglobinurie, par TOISON. (Broch., *Lille*.)

Hémorragie. — Note sur l'hémoptysie, par C. M. FENN. (*Therapeutic Gaz.*, IX, n° 6, p. 371.) — Des hémoptysies pulmonaires profuses curables, par SAMUEL WEST. (*St-Barth. hosp. Rep.*, XXI, p. 51.) — Hémorragie profuse pendant l'énucléation de l'œil, etc., ayant nécessité la ligature de la carotide, par R. CROSS. (17e Congrès d'ophth. *Heidelberg*, 1885.) — Un cas d'héméralopie consécutive à des hémorragies chez une femme enceinte, par ANCKE. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, février.) — Des hémorragies névropathiques des voies respiratoires, par DROUAULT. (*Thèse de Paris*, 25 juin.) — Des hémorragies de l'accouchement qui ont leur origine en dehors du corps de l'utérus, par ROCHE. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Cas peu ordinaire d'hémorragie *post partum*, par WILLIAMS. (*Gynec. and obst. Soc. of Baltimore*, 13 avril.) — Hémorragies utérines, étiologie, diagnostic; traitement par SNEGUIREFF, trad. de VARNIER. (In-8°, 300 p., *Paris*.) — Du pincement préventif et définitif des vaisseaux dans les opérations chirurgicales, par PÉAN. (*Gaz. des hôp.*, 6 juillet.)

Hérédité. — De l'hérédité des particularités morbides acquises, par ZIEGLER. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 17, p. 278, 26 avril.)

Hernies. — Remarques sur la hernie; 8 cas d'opération, par H. A. LEDIARD. (*Edinb. med. journ.*, p. 914, avril.) — Hernie ombilicale étranglée chez une femme de 40 ans, enceinte de 3 mois; kélotomie; mort, par BERTHOD. (*Gaz. méd. de Paris*, 22 mai.) — Hernie diverticulaire étranglée, par DUTIL et TÉMOIN. (*Ibid.*, 12 juin.) — Hernie inguinale oblique externe devenue directe sous l'influence de la poussée intestinale, par REPOND. (*Rev. méd. Suisse romande*, p. 232, avril.) — Cure radicale de la hernie inguinale, par NICAISE. (*Rev. de chir.*, 10 juillet.) — Hernie inguinale gauche incoercible. Cure radicale, guérison, par NICAISE. (*Bull. Soc. de chir.*, XII, p. 412-413.) — Hernie épiploïque inguinale gauche avec hydrocèle et énorme épaississement du sac; cure radicale, par CAZALIS. (*Soc. anat.*, 19 mars.) — Hernie inguinale étranglée, taxis, kélotomie, par VERNEUIL. (*Gaz. des hôp.*, 1er juin.) — Hernie inguinale irréductible traitée par la compression élastique, par W. ELDER. (*Brit. med. journ.*, p. 873, mai.) — Hernie inguinale étranglée depuis douze jours; rupture de l'intestin et infiltration des gaz intestinaux dans le tissu cellulaire de l'abdomen, de la cuisse et de la jambe; ouverture du scrotum; anus contre nature; guérison spontanée, par PION. (*Gaz. des hôp.*, 22 juillet.) — Hernie crurable entéro-épiploïque étranglée; kélotomie; épiploon très volumineux; adhérences anciennes; réduction; guérison, par BANCEL. (*Gaz. des hôp.*, 1er juillet.) — Hernie crurale étranglée, irréductible depuis 3 ans chez une femme de 72 ans; emploi exclusif des injections de morphine, par PHILIPPE. (*Gaz. des hôp.*, 31 juillet.) — Hernie crurale entéro-épiploïque étranglée; kélotomie; intestin malade; épiploon laissé en dehors; perforation intestinale; péritonite mortelle, par LE BEC. (*Gaz. des hôp.*, 10 juin.) — Trois opérations de hernie étranglée, par DESPRÉS. (*Gaz. des hôp.*, 8 juillet.)

Herpès. — Sur l'herpès parasitaire dans les pays chauds et sur le traitement par le cassia alata, par COUILLEBEAULT. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Du zona et de l'herpès facial et génital, par EPSTEIN. (*Inaug. Diss. Breslau.*)

Hôpitaux. — Des pavillons dans la construction des hôpitaux, par A. C.

Digitized by Google

HEFFENGER. (*Boston med. journ.*, 28 janvier.) — Des hôpitaux marins pour enfants en Allemagne, par METTENHEIMER. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 14, p. 232, 5 avril.) — Étude sur les hôpitaux d'isolement en Angleterre, par LUTAUD et DOUGLAS HOGG. (In-8°. *Paris.*)

Hydatide. — Kyste hydatique suppuré du foie ; ouverture spontanée à la peau ; autopsie 8 ans après la guérison, par LEFÈVRE. (*Soc. anat.*, 2 avril.) — Kyste hydatique du foie guéri après une simple ponction capillaire, par LE DENTU. (*Bull. Soc. de chir.*, XII, p. 411-412.) — Traitement des kystes hydatiques du foie, par POULET. (*Rev. de chir.*, 10 juin.) — A propos du traitement des kystes hydatiques du foie, par FÉRÉOL. (*Soc. méd. des hôp.*, 12 mars.) — Kyste hydatique du foie évacué par ponction il y a deux ans; récidive ; ouverture dans le poumon, vomique; mort par cachexie, par CAMESCASSE. (*Soc. anat.*, 19 mars.) — Kyste hydatique du foie guéri par une seule ponction aspiratrice, par WHEELTON HIND. (*Brit. med. journ.*, p. 1062, juin.)

Hygiène.— La réforme de l'administration sanitaire en France, par MARTIN. (*Rev. d'hyg.*, 20 juillet.) — La conférence sanitaire internationale de Rome ; notes par MOLESCHOTT. (*Annali universali di med.*, février.) — La nouvelle loi suisse contre les épidémies. (*Semaine méd.*, 21 juillet.) — L'exposition d'hygiène urbaine, par RICHARD. (*Rev. d'hyg.*, 20 mai.) — L'hygiène dans l'isthme de Panama, par NICOLAS. (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, XV, n° 21.) — Panama et Colon au point de vue de l'hygiène publique, par BOELL. (*Rev. scientif.*, 26 juin.) — L'hygiène à l'école, à l'usage des écoles normales, des instituteurs, par BACH et BOUTROIS. (In-12, *Paris.*)— Du surmenage intellectuel et de la sédentarité dans les écoles, par LAGNEAU. (*Bullet. de l'Acad. de méd.*, XV, n° 17.) — L'éclairage au point de vue de l'hygiène, par GARIEL. (*Rev. scientif.*, 17 juillet.) — L'aérage et le chauffage des habitations, par E. TRÉLAT. (*Rev. d'hyg.*, VIII, n° 6.) — La réfrigération, par COLLINEAU. (*Ann. d'hyg.*, juillet.) — Le service médical de la prostitution à Bâle, par SURY. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerste*, n° 7, p. 183, 1er avril.) — Note relative aux autorisations temporaires accordées aux établissements classés, par DROUINEAU. (*Rev. d'hyg.*, 20 juillet.) — De l'enlèvement et du transport des immondices et des ordures ménagères, par DU MESNIL. (*Rev. d'hyg.*, 20 juillet.)—La plomberie au point de vue de la salubrité des maisons, par STEVENS HELLYER, traduit par POUPARD. (In-8°, *Paris.*) — Les bateaux-lavoirs, par DU CLAUX. (*Ann. d'hyg.*, juillet.)

Hypnotisme. — Hypnotisme téléphonique. Suggestion à grande distance, par LIÉGEOIS. (*Revue de l'hypnotisme*, n° 1, p. 19.) — L'hypnotisme et la médecine légale, par LADAME. (*Ibid.*, n° 1, p. 10.) — De l'hypnotisme et de la suggestion hypnotique dans leur application au traitement des maladies nerveuses et mentales, par AUG. VOISIN. (*Ibid.*, n°s 1 et 2.) — L'hypnoscope, par OCHOROWICZ. (*Ibid.*, n° 2.) — Une enquête sur le somnambulisme naturel, par HACK TUKE. (*Ibid.*, n° 2.) — Quelques mots sur l'hypnotisme au point de vue thérapeutique, par FOURNIER. (*Gaz. des hôp.*, 10 juin.) — Du sommeil provoqué comme agent thérapeutique ; thérapeutique suggestive, par GRASSET. (*Semaine med.*, 19 mai.) — De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique, par BERNHEIM. (In-12. *Paris.*)

Hystérie. — De l'hystérie, par RUHEMANN. (In-8°, *Berlin.*) — De l'hystérie chez l'homme, par QUINQUETON. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Contribution à l'étude de l'hystérie chez l'homme, par EMILE BATAULT. (*Thèse inaugurale, Genève* 1885.) — L'hystérie dans l'armée, par DUPONCHEL. (*Revue*

Digitized by Google

de médecine, 10 juin.) — Calomnie hystérique, par O. Giacchi. (*Lo Sperimentale*, février.) — Le mutisme hystérique, par Charcot. (*Gaz. des hôp.*, 22 juin.) — De l'alphalgésie chez les hystériques à l'état de veille et dans le sommeil hypnotique, par Pitres. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 11 juillet.) — Note sur un cas d'amaurose hystéro-traumatique, par Ch. Péré. (*Soc. de biologie*, 10 avril.) — Affections hystériques des yeux, par Geo. C. Harlan (*Therapeutic Gazette*, IX, n° 2, p. 102.) — De la contracture hystérique traumatique, par Gilbert Renard. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.)— Note sur un cas d'atrophie musculaire et osseuse du membre supérieur gauche résultant d'une monoplégie hystéro-traumatique chez un adolescent, par Chauffard. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 14 mai.) — Anesthésie limitée de la main, consécutive à un traumatisme, mais peut-être de nature hystérique, par Suckling. (*Brit. med. journ.*, p. 1022, mai.) — Paralysie hystérique d'origine traumatique chez un homme, par Troisier. (*Soc. méd. des hôp.*, 5 mai.) — Coxalgie hystérique, suite de traumatisme, par Huet. (*Progrès médical*, 24 avril.) — Un cas de paralysie hystérique chez l'homme et crampe des écrivains consécutive. Guérison par les courants faradiques et galvaniques, par G. Lombroso. (*Lo Sperimentale*, mars.) — De l'emploi de la pilocarpine dans l'hystérie, par Wroblewski. (*Thèse de Paris*, 25 juin.)

I

Infection. — Études relatives aux conditions qui favorisent l'infection de l'économie par les virus, par Watson Cheyne. (*Brit. med. journ.*, p. 197, juillet.) — Sur la durée du pouvoir infectieux de la rougeole, des oreillons, de la variole, de la scarlatine et de la diphtérie, par Th. Raven. (*Brit. med. journ.*, p. 165, juillet.)

Inflammation. — Le problème de l'inflammation, par Thoma. (In-4°, *Dorpat.*)

Injection. — Sur les injections de médicaments gazeux dans le rectum, par Bergeon (*Acad. des sciences*, 12 juillet.) — De la valeur hypodermique de l'acide phénique, par Scarpali. (*Morgagni*, fév.) — Note sur l'emploi des injections sous-cutanées d'ergotinine chez les albuminuriques et les diabétiques, par Dehenne. (*Union médicale*, 1er avril.)

Insolation. — Du coup de chaleur respiratoire, par Rondot (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 6 juin.)

Intestin. — Cancer colloïde du cœcum, par Lyot. (*Soc. anat.*, 19 mars.) — Coloproctite traitée par les irrigations d'eau chaude et la divulsion du sphincter anal, par Garnett. (*Americ. med. Assoc.*, 30 avril.) — Périthyphlite : traitement par la glace, guérison, par Goldschmidt. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 8, 1er août.) — Périthyphlite, traitement par la glace, guérison; expulsion par le rectum d'un calcul stercoral de l'appendice vermiculaire, par D. Goldschmidt. (*Revue de médecine*, 10 juin.) — Périthyphlite ; avantages de la laparotomie quand il y a péritonite, par Sands. (*N. York surg. Soc.*, 26 avril.) — Note sur un cas d'entérotomie, par W. Wagstaffe. (*St-Thomas's hosp. rép.*, XIV, p. 39.) — Lymphosarcome de l'jejunum, par Haas. (*Wien. med. Presse*, n° 15, p. 471.) — Cancer récidivant de l'iliaque, tumeur ovarienne bilatérale, fibromes de l'utérus, par Ax. Johannessen. (*Nord. med. Ark.*, n° 20, 1885.)

Digitized by Google

Iris. — Atrophie de l'iris, par JOHNSTON. (*Opht. soc.*, 28 janv.) — Iritis goutteuse, par JON. HUTCHINSON. (*Brit. med. journ.*, p. 1018, mai.) — Un cas de tumeur choroïdienne, laquelle amena la cécité avec les symptômes d'une irido-cyclite plastique, par VOSSIUS. (*Arch. f. Ôpht.*, 37e année. II.)

K

Kyste. — Kyste synovial de l'extrémité supérieure de la jambe, par SEGOND. (*Gaz. des hôp.*, 22 juillet.)— Origine de certain kystes, ovariens, vaginaux sacrés linguaux et trachéaux, par BLAND SUTTON. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, avril.) — Kyste dermoïde de la queue du sourcil, par LE FORT. (*Gaz. des hôp.*, 13 juillet.) — Kyste poplité développé aux dépens du prolongement sous-poplité de la synoyiale du genou, par POIRIER. (*Soc. anat.*, 26 mars.) — Traité des kystes congénitaux, par LANNELONGUE et ACHARD. (In-8°, 500 pag. *Paris.*) — Des kystes dermoïdes acquis, par POULET. (*Gaz. heb. des sc. méd. de Bordeaux*, 1er août.)

L

Lait. — Des laits fermentés et de leurs usages thérapeutiques, par JAILLET. (*Thèse de Paris*, 24 juin.)— Étude historique et expérimentale sur le képhir, par THEODOROFF. ((In-8°, *Wurtzbourg.*)

Langue. — Tuberculose linguale, par B. DELAVAN. (*Americ. laryng. Assoc.*, 27 mai.) — Angiome de la langue, par LANELONGUE. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 16 mai.) — Angiome caverneux de la face dorsale de la langue, par SUZANNE. (*Ibid.*, 2 janv.) — Cas d'excision totale de la langue, pour un épithélioma, à travers le triangle digastrique, avec trachéotomie préliminaire, par WILLIAM GRANT (*Edinb. medic. Journ.*, p. 1041, mai.)

Laparotomie. — Les indications du drainage après la laparotomie. (*Discussion à la Soc. obst. N.-York*). (*Americ. journ. of obst.*, juin, p. 611.) — Asepsie et non pas antisepsie dans la laparotomie, par HOWARD KELLY. (*Obstet. Soc. of. Philadelphia*, 6 mai.) — Laparotomie exploratrice, par JOHNSTON, PARKES, TIFFANY. (*Journ. of Amer. med. Ass.*, 8 mai, p. 523.)— De la laparotomie exploratrice, par C. JOHNSON (*Americ. surg. Assoc.*, 28 avril.) — Occlusion de la trompe de Fallope : dysménorrhée, avec convulsions et épisthotonos. — Extirpation par laparotomie d'une trompe et de l'ovaire correspondant hypertrophié et kystique, guérison, par STANSBURY SUTTON. (*Journ. of. Amer. med. Assoc.*, 24 avril, p. 454.) — Laparotomie pour abcès pelviens, par JACKSON (*Gynecol. Soc. of Chicago*, 19 fév.)

Larynx. — Rapport annuel sur la section laryngologique du dispensaire allemand de New-York ; notes sur le traitement de la phtisie laryngée et sur les névroses réflexes nasales, par GLEITSMAN. (*Med. Record. N. York*, 19 janv.) — La voix au point de vue médical et musical, par A. SEMPLE, (In-12, Londres.) — Sur un cas d'appareil hyoïdien ossifié chez l'homme, par RETTERER. (*Soc. de biologie*, 20 fév. et 6 mars.) — De la laryngite

Digitized by Google

striduleuse grave, par CADET GASSICOURT. (*Union médicale*, 17 avril). — Du spasme du larynx dans le rachitisme, par WHITTAKER. (*Assoc. of Americ. physicians*, 17 juin.) — Contribution à l'étude de la contracture des adducteurs des cordes vocales, par H. KRAUSE. (*D. Arch. f. klin. Med.* Bd., XXXVIII, Hf. 4.-5, p. 485.) — Du vertige laryngé, par KNIGHT. (*Americ. laryng. Assoc.*, 27 mai.) — Du diagnostic différentiel, par le laryngoscope, de l'hydrargyrisme et de la syphilis du pharynx, par SCHUMACHER. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 18, p. 299, 3 mai.) — Rhumatisme articulaire aigu avec accidents laryngés graves, par RAYMOND. (*Gaz. méd. de Paris*, 17 juillet. — Note sur les tumeurs tuberculeuses du larynx, par PERCY KIDD. (*St.-Barthol. hosp. Rep.*, XXI, p. 37.) — Traitement local de la tuberculose laryngée (période ulcéreuse) par les moyens chirurgicaux (attouchements à l'iodoforme et acide lactique; pulvérisations de sublimé au 1000e), par MASSEI. (*Rev. de laryngol.* 1 juin.) — Tuberculose miliaire aiguë de l'arrière-gorge et du larynx, par MOURE. (*Bull. de la Soc. de méd. de Bordeaux*, 25 juin.) — Traitement médical de la laryngite tuberculeuse, par FOURNIER. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — 14 cas d'œdème laryngé, guérisons : 6 par les astringents, 8 par les scarifications, par DE BLOIS. (*Americ. laryng. Assoc.*, 27 mai.) — Musée anatomo-pathologique des laryngopathies, par MOURA. (*Rev. de laryngol.*, 1 juin.) — Extirpation par les voies naturelles d'un cancroïde du larynx chez un homme de 70 ans, sans récidive au bout de 2 ans, par B. FRAENKEL. (*Berliner klinische Woch.*, n° 19, p. 314, 10 mai.) — Nouveau procédé pour l'extirpation des tumeurs laryngées sous-glottiques, par JARVIS. (*Americ. laryng. Assoc.*, 27 mai.) — Traitement, par le cathétérisme, des laryngosténoses après la trachéotomie, par MALFILATRE. (*Thèse de Paris*, 31 juillet.) — Un cas d'extirpation totale du larynx (cancer, h. de 63 ans), par ROSWELL PARK, (*Med. Presse of western New York*, XII.) — Extirpation totale du larynx. tiraillement du pneumogastrique, sidération, respiration artificielle réussissant au bout d'une demi-heure, par LABBÉ. (*Gaz des hôp.*, 10 juillet.) —

Lèpre. — Lèpre anesthésique chez un nègre atteint de manie; développement d'une éruption d'ulcère lépreux gangréneux : l'une des pustules d'ecthyma donne lieu à une trombose de la veine ophtalmique et des sinus. Mort d'infection purulente, par BEAVEN RAKE. (*Brit. med. journ.*, p. 168, juillet.) — Leucémie, hémorragie abdominale foudroyante avec phénomènes d'occlusion intestinale, par ROGIVUE. (*Revue méd. Suisse romande*, VI, 197, avril.) — Remarquables lésions des centres nerveux dans le cours d'une leucocythémie. (Hémorragies multiples et thromboses de globules blancs), par BYROM BRAMWELL. (*Brit. med. journ.*, p. 1098, juin.)

Lichen. — Sur le lichen ruber, par BROCQ. (*Ann. de dermat.*, VII, n° 7.) — Un cas de lichen ruber plan de la peau et de la muqueuse buccale, par K. TOUTON. (*Berliner klin. Woch.*, n° 23, p. 374, 7 juin.) — Note sur les manifestations buccales du lichen plan, par A. MAYOR et H. PAUTRY. (*Revue médic. Suisse romande*, p. 360, juin.)

Lipome. — Nécrose graisseuse dans un lipome, par FELSLER (*Münchener aerzt. Int. Bl.*, n° 52, 1885.) — Contribution à l'histoire des tumeurs volumineuses. Extirpation d'un énorme lipome du bras, par H. PACE. (*Lo Sperimentale*, *janvier.*)

Lupus. — Recherches nouvelles sur les relations qui existent entre le lupus vulgaire et la tuberculose, par LELOIR. (*Ann. de dermat.*, VII, n° 6.) — Du lupus éléphantiasique, par COCULET. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.)

Luxation. — Luxation sous-épineuse survenue dans l'éclampsie brightique

Digitized by Google

chez une femme de 73 ans, par DARDEL. (*Rev. médic. Suisse romande*, VI, 116, février.) — Luxation sous-glénoïdienne. Réduction par le procédé de Kocher, par CHEVALIER. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1er août.) — De la luxation incomplète de la tête du radius chez les enfants ; six observations, par H. W. CUSHING. (*Boston med. jour.*, 28 janvier.) — De la subluxation de la tête du radius chez les petits enfants, par HOFFMANN. (*Deut. med. Woch.*, p. 106.) — Contribution à l'étude des luxations de l'extrémité supérieure du radius et plus particulièrement sur les causes de l'irréductibilité de ces luxations et sur leur traitement, par J.-M. DE MORAES-BARBOS. (*Thèse inaugurale Genève.*) — Luxation sous-cotyloïdienne du fémur, par RICHET. (*Gaz. des hôp.*, 29 juillet.) — Luxation simple métatarso-phalangienne du gros orteil gauche. Réduction par le procédé de Farabeuf, par VIGNARD de Roumanie. Rapport, par FARABEUF. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XII, p. 458, 459). — Luxation de la phalangine du médius avec plaie et issue de la première phalange, par SÉJOURNET. Rapport par FARABEUF. (*Ibid.*, p. 459, 460.)

Lymphatique. — Quel est le meilleur traitement de l'adénite chronique et suppurée du cou, par CHAMBERS. (*Med. News*, 22 mai, p. 583.) — Adénite sous-maxillaire simple, hypertrophique, lymphadénome, par DEMARS. (*Soc. anat.*, 19 mars.) — De l'ablation des ganglions tuberculeux du cou, par ÉCOT. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Extirpation des ganglions inguinaux (adénite chronique, 3 cas), par ARMSTRONG. (*Med. News*, 19 juin.) — Épithélioma perlé secondaire des ganglions axillaires, par A. PILLAT. (*Soc. de biologie*, 8 mai.)

M

Main. — Doigt à ressort, par JACOBY. (*New York neurolog. Soc.*, 1er juin.) — De la rétraction de l'aponévrose palmaire et de quelques modifications séniles des jointures, par ARBUTHNOT LANE. (*Guy's hosp. Rep.*, XLIII, p. 53.) — Fibro-lipome du petit doigt, par VILLAR. (*France médicale*, 20 avril.) — Kyste à contenu sébacé de la face palmaire du petit doigt, par VILLAR. (*France médicale*, 15 avril.) — Des doigts surnuméraires développés chez l'adulte, leur mode de développement et leur disposition, par FAUVELLE. (*Bull. Soc. d'Anthrop.*, n° 1.) — Tridactylie de la main et polydactylie du pied, par CHUDZINSKI. (*Bull. Soc. d'Anthrop.*, n° 1.) — De l'ectrodactylie, par DRUILLET. (*Thèse de Paris*, 18 juin.)

Mal de mer. — Pathologie et traitement du mal de mer, par STEINBACH. (*Soc. de méd. de Vienne*, 26 mars.)

Malformation. — Éventration avec exstrophie de la vessie et anomalies diverses chez un nouveau-né, par TROQUART. (*Bull. Soc. de méd. de Bordeaux*, 4 déc. 1885.) — Malformations du pelvis et des organes pelviens chez un fœtus, par J. PALMER. (*Journ. of anat. and physiol.*, janv.) — Cas d'hypertrophie congénitale de la jambe, nævus veineux diffus, par E. BERLING. (*Ibid.*, janv.) — Malformation congénitale du pied se transmettant héréditairement dans la même famille à travers cinq générations, par H. FOTHERBY. (*Brit. med. journ.*, p. 975, mars.) — Rapport sur un cas d'hermaphrodisme, par BENOIT. (*Soc. de méd. légale*, 10 mai.) — Un cas de pseudohermaphrodisme masculin externe, par SCHOPF. (*Soc. de méd*

Digitized by Google

de Vienne, 26 fév.) — Malformation congénitale des mains et des pieds se transmettant à quatre générations successives, par WILL. ANDERSON.(*Brit. med. journ.*, p. 1107, juin.)

Mamelle. — Leçon clinique sur le cancer de la mamelle, par EDMOND OWEN. (*Brit. med. journ.*, p. 1013, mai.) — Diagnostic des tumeurs du sein, par MASSE. (*Gaz. hebd. de Bordeaux*, 20 juin.) — Tumeur kystique de la mamelle, par THOMAS BRYANT. (*Guy's hosp. Rep.*, XLIII, p. 435.) — Fibrome douloureux de la mamelle, par VINCENT. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 18 juillet.) — Hypertrophie de la glande mammaire chez l'homme dans le cours de la phtisie. par J. E. BLOMFIELD. (*The Practitioner*, mai.)

Massage. — Du massage et de son action comme moyen curatif, par SALLIS. (In-8°, *Strasbourg.*) — Sur le massage, par C. ROUX. (*Revue médicale Suisse romande*, janvier, février et mars.) — Le succès du massage dans le traitement de la sciatique, par MAX SCHULLER. (*Deutsche med. Wooh.*, n° 24, p. 408.) — Réveil de la motricité par le massage. (*Gaz. des hôp.*, 10 juillet.)

Maxillaire. — Sarcome à myéloplaxes du sinus maxillaire droit, par DEMARS. (*Soc. anat.*, 12 mars.) — Etude anatomique et pathologique sur le sinus maxillaire dans ses rapports avec les dents, par BOURGOIS. (In-4°, *Lille.*)

Médecine (Histoire). — Ambroise Paré, d'après de nouveaux documents, par LE PAULMIER. (In-8°, *Paris.*) — Documents historiques concernant la médecine, la chirurgie, la pharmacie, conservés dans les archives de l'État de Sienne, et en particulier de la maladie de Lucrèce Borgia et de la pharmacie au XVe siècle, par CORRADI. (*Annali universali di med.*, janv.) — Les petits prophètes de la chirurgie, par VERNEUIL. (*Rev. scientif.*, 17 juillet.) — Histoire des microscopes, ce que leur doit la médecine, par MULLER. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.)

Médecine légale. — Du secret médical, par BROUARDEL. (*Ann. d'hyg.*, juillet.) — Divers cas judiciaires, intéressant la médecine légale, par GIANANTONIO. (*Arch. di Psichiatria*, VII, 2.) — Etudes médico-légales; par HENRY A. RILEY. (*Therapeutic Gazette*, IX, n° 4, p. 233.) — Quelques faits récents de médecine légale, par HENRY A. RILEY. (*Ibid.*, IX, n° 2, p. 105.) — Le suicide en Espagne, par ROSSI. (*Arch. di Psichiatria*, VII, 2.)— De la docimasie, par SOUBHY SALEB. (*Thèse de Paris*, 12 juin.) — Un cas de pendaison sans suspension, par MORAX. (*Revue médicale Suisse romande*, VI, p. 57, janv.) — Au sujet du viol sur une femme imbécile et paralytique de naissance, par P. ZIINO. (*Il Morgagni*, janv.) — Un cas de matricide, par FORNASINI. (*Annali universali di med.*, mai.) — Faux commis par une lypémaniaque ambitieuse (médecine légale), par MARANDON DE MONTYEL. (*Encéphale*, n° 3, p. 257.) — Des attentats à la pudeur sur les petites filles, par P. BERNARD. (In-8°, *Lyon.*) — Recherche médicale de la criminalité dans l'avortement, par H. AUBIN. (In-1°, *Bordeaux.*) — Contusions du thorax, des complications consécutives, essai médico-légal, par JOSSIE. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.)

Médecine militaire. — Traité d'hygiène militaire, par MORACHE. (2e édit., p. 926, *Paris.*) — Traité des manœuvres d'ambulance et des connaissances militaires pratiques à l'usage des médecins de l'armée, par A. ROBERT. (In-8°, *Paris.*) — Souvenirs et observations de chirurgie, campagne du Tonkin, par MONDON. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Des meilleurs pansements à employer dans la chirurgie d'armée en campagne, par CHAUVEL. (In-8°, *Paris*, 1885.) — Observations de chirurgie d'armée faites dans la guerre de

Digitized by Google

Bulgarie, par Gluck. (*Berlin. klin. Woch.*, 5, 12 et 19 août.) — Relation des ambulances serbes (campagne de 1886), par Hans Schmid. (*Deutsche med. Woch.*, n° 20.) — L'iodoforme dans la chirurgie de guerre, par Mosetig Moorof (*Soc. de méd. de Vienne*, 12 mars.)

Médecine opératoire. — Nouveaux éléments de chirurgie opératoire, par Chalot. (In-18, *Paris.*)

Méninges. — Méningite cérébrale, examen bactérioscopique, par G. Bauti. (*Lo Sperimentale*, fév.) — Bactéries de la méningite cérébro-spinale, par Fraenkel. (*Deutsche med. Woch.*, n° 13, p. 209.) — Observation de méningite cérébro-spinale sporadique, par Richard Hayes. (*Brit. med. Journ.*, p. 1216, juin.) — Méningite cérébro-spinale. Mort par Glaser. (*Deutsche med. Woch.*, n° 17.) — De la méningite tuberculeuse de l'adulte, forme apoplectique, par Vivant. (*Thèse de Paris*, 15 juillet.) — De la méningite tuberculeuse du nouveau-né et de l'adulte, par Juvigny. (*Thèse de Paris*, 31 juillet.) — Méningite tuberculeuse de la convexité avec suspension presque complète des fonctions cérébrales, par Rolland. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 9 mai.) — Méningite tuberculeuse en plaque au niveau du sillon de Rolando, avec épilepsie jacksonnienne et monoplégie brachiale, par Vrain. (*Encéphale*, n° 3, p. 356.) — Deux cas de méningite tuberculeuse après opération d'adénite et d'arthrites tuberculeuses, par Exchaquet. (*Revue médicale, Suisse romande*, p. 113, février.) — Fongus de la dure-mère, présentation de malade, par Crimail. (*Bull. Soc. de chir.*, XII, p. 397-398.) — Diagnostic de la meningocèle. Pathogénie des kystes dermoïdes, par Larger. (*Bull. soc. de chir.*, XII, p. 313-318.)

Menstruation. — Traité pratique des désordres de la menstruation, par Upshur. (In-8°, *New York.*) — De quelques troubles fonctionnels chez des jeunes filles, par Willoughby Francis Wade. (*Brit. med. journ.*, p. 1053, juin.) — Rétention des règles par un hymen imperforé, opération, par Pinkney. (*Amer. journ. of obst.*, mai, p. 481.) — Des accidents consécutifs à l'opération dans les cas de rétention menstruelle, par Dezeux. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.)

Membre. — De l'extirpation des tumeurs du triangle de Scarpa, par Kirmisson. (*Revue de chir.*, 10 mai.)

Mercure. — Sur l'absorption et l'élimination du mercure dans l'organisme humain, par Welander. (*Ann. de dermat.*, VII, n° 7.)

Moelle. — Sur une fonction dite psychique de la moelle, par H. Girard. (*Rev. méd. Suisse romande*, 15 juillet.) — Contribution à l'anatomie topographique de la moelle, par Howard Tooth. (*St-Barth. hosp. Rep.*, XXI, p. 137.) — Revue critique, sur les cordons nerveux de la moelle et leur dégénération, par J. Langley. (*Brain.*, p. 92, avril.) — Paralysie bulbaire progressive, par Arch. Whynne Foot. (*The Dublin journ. of med. sc.*, p. 401, mars.) — Atrophie musculaire progressive compliquée de paralysie bulbaire, par A. Whynne Foot. (*Ibid.*, p. 405, mai.) — Revue critique sur la maladie de Thomsen, par Hale White. (*Brain.* p. 112, avril.) — Sclérose latérale amyotrophique, revue critique, par Ormerod. (*Brain.*, p. 245, juillet.) — Symptômes d'irritation spinale attribuable au froid, par Berbès. (*France médicale*, 24 avril.) — De la téphro-myélite antérieure aiguë de l'adulte, par Massalongo. (*Rivista clin. di Bol.*, n° 4.) — Méningo-myélite chronique pseudo-systématique, par Raymond et Tenneson. (*Arch. de phys.*, 1er juillet.) — Sclérose en plaques portant sur les cordons latéraux de la moelle épinière, inefficacité absolue du cautère actuel, par Rigal. (*Gaz.*

Digitized by Google

des hôp., 3 juillet.) — Cas d'affections de la moelle épinière suivis d'autopsie, par H. C. Wood et F. X. Dercum. (*Therapeutic Gazette*, IX, n° 3, p. 151.) — Le pied tabétique, par Longuet. (*Union médicale*, 27 mars.) — Nouvelles recherches sur les névrites périphériques observées chez les tabétiques vrais, par Pierret. (*Acad. des sciences*, 28 juin.) — Contribution à la symptomatologie de la maladie de Friedreich (ataxie héréditaire), par Judson Bury. (*Brain*, p. 145, juillet.) — Observation d'ataxie locomotrice accompagnée d'arthropathie, par Wallace Anderson. (*Brain*, p. 224, juillet.) — Ataxie locomotrice sans troubles de la sensibilité cutanée et musculaire, par Osw. Vierordt. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 21, p. 333, 24 mai.) — Des arthropathies chez les ataxiques, par Joanny. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Des chaussures plombées dans l'ataxie locomotrice, par Allan Mac Lane Hamilton. (*Boston med. and surg. journ.*, 21 janvier.) — Du traitement des phénomènes douloureux de l'ataxie locomotrice progressive par les pulvérisations de chlorure de méthyle et d'éther, par Raison. (*Thèse de Paris*, 19 juin.) — Les cautérisations profondes de la peau sur la région de la colonne vertébrale dans l'ataxie locomotrice. (*Gaz. des hôp.*, 26 juin.) — Commotion de la moelle, revue critique, par Herbert W. Page. (*Brain.*, p. 258, juillet.) — Trois cas de traumatisme de la moelle avec intégrité du rachis, par Sorel. (*Arch. de méd. milit.*, 1er mai, p. 343.)

Molluscum. — Coexistence de molluscum fibreux multiples, de prurigo et de pigmentation cutanée, par Bardach. (*Berliner klinische Woch.*, n° 6, p. 97, 8 février.)

Monstre. — Sur la production artificielle des monstres à cœur double chez les poulets, par S. Warynski. (*Thèse Genève.*) — Des expériences tératologiques, revue, par Taruffi. (*Annali universali di med.*, avril.) — Un cas de tératologie, par Kundrat. (*Soc. de méd. de Vienne*, 9 avril.) — Sur un monstre cyclocéphalien du genre rhinencéphale, par Ch. Debierre. (*Soc. de biologie*, 10 avril.)

Mort. — Sur la cause de la mort naturelle ou physiologique, par Gazala. (*Thèse de Paris*, 24 juin.)

Muscle. — Recherches expérimentales sur la contraction musculaire chez les invertébrés, par de Varigny. (*Thèse de la fac. des sciences*, Paris.) — Expériences sur les propriétés physiques des muscles, par Walter Kilner. (*St-Thomas's hosp. Rep.*, XIV, p. 43.) — Production de chaleur dans les muscles, par d'Arsonval. (*Soc. de biologie*, 13 mars.) — Anomalies des muscles et des nerfs, par Debierre. (*Soc. de biologie*, 10 avril.) — Des amyotrophies primitives ou myopathies atrophiantes progressives, par Conti. (*Annali universali di med.*, mai.) — Etude de la dégénérescence hyaline des fibres musculaires lisses, par Rudolf Beneke. (*Arch. f. path. Anat. u. phys.*, XCIX, H. 1, p. 71.) — Atrophie musculaire d'origine cérébrale avec intégrité des cornes antérieures de la moelle et des nerfs moteurs, par Babinski. (*Soc. de biologie*, 20 fév.)

N

Nerf. — De quelques anomalies nerveuses et en particulier d'une anomalie dans la distribution du nerf radial, par Debierre. (*Société de biologie*,

Digitized by Google

28 novembre 1885.) — Recherches relatives à l'influence des nerfs sur la production de la lymphe, par LEWASCHEW. (*Acad. des sciences*, 28 juin.) — Note sur l'action gustative de la corde du tympan et sur l'origine réelle de ce nerf (trijumeau), par GLEY. (*Soc. de biologie*, 13 février.) — De l'action réflexe du nerf sciatique sur la glande sous-maxillaire (elle cesse après la section de la racine bulbaire du trijumeau), par GLEY. (*Ibid.*, 20 février.) — De l'effet des excitations du nerf vague chez les animaux anesthésiés par le chloroforme ou par injection intraveineuse d'hydrate de chloral. Différence d'effets produits sur la pression vasculaire et les battements du cœur par les excitations des deux nerfs vagues, par LAFFONT. (*Ibid.*, 17 avril.) — Inhibition générale provoquée chez les animaux chloroformés par les excitations du nerf pneumo-gastrique intact, par LAFFONT. — (*Ibid.*, 20 mars.) — Sur un phénomène physique analogue à la conductibilité nerveuse, par D'ARSONVAL. (*Ibid.*, 3 avril.) — Paralysie complète du trijumeau droit, par MARKOE. (*N. York. surg. Soc.*, 28 avril.) — Note sur cinq cas de névrite multiple, par MASIUS et FRANCOTTE. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, n° 3.) — Fait de névrite multiple, par S. EULAU. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 6, p. 93, 8 février.) — Contribution à l'étude des névrites multiples, et de quelques affections spinales, par PETRONE. (*Archivio ital. per le malatie nervose*, fasc. 5 et 6, 1885.) — Note relative à l'existence de la névrite segmentaire périaxile, par GOMBAULT. (*Progrès médical*, 5 juin.) — Névromes multiples du plexus brachial chez une femme de 30 ans, pris pour des tumeurs ganglionnaires du cou : opération, mort de méningite spinale, par T. CHAVASSE. (*Roy. med. chir. Soc; Brit. med. journ.*, p. 1110, juin.) — Paralysie du bras consécutive à des lésions des troncs nerveux, par ALEX. MAC ALDOWIE. (*Brain*. p. 238, juillet.) — Sciatique guérie par le zinc et le platine, par MORICOURT. (*Gaz. des hôp.*, 3 juillet.) — Fibrosarcome du nerf médian, par MAC BURNEY. (*New York surg. Soc*, 15 avril. — Prolifération du bout supérieur du nerf médian sectionné, avivement des deux tronçons, réunion et régénération tardive du nerf, par TILLAUX. (*Gaz. des hôp.*, 19 juin.) — De la suture des nerfs, par CERNÉ. (*Normandie médicale*, 1er juillet.) — Élongation du nerf facial, par KEEN. (*Americ. surg. Assoc.*, 30 avril.)

Nerveux (Syst.). — Des cellules nerveuses périphériques du système nerveux viscéral des crustacés, par G. ROUCH. (*Soc. de biologie*, 23 janv.) — Valeur du phénomène du genou (réflexe), dans le diagnostic des maladies du système nerveux, par ZENNER. (*Med. News*, 5 juin, p. 632.) — Cas de lésions fonctionnelles et organiques du système nerveux à la suite de traumatismes, par G.-L. WALTON. (*Boston med. surg. journ.*, 4 février.)

Névrose. — Leçon sur les névroses utérines, par GRAILY HEWITT. (*Brit. med. journ.*, p. 1056, juin.) — Du rôle de l'hérédité dans les névroses, par ELOY. (*Union médicale*, 1er-4 mai.)

Nez. — Guide pour l'examen du nez avec remarques sur le diagnostic des cavités nasales, par CRESWELL BABER. (In-12, *Londres*.) — La cause des déviations de la cloison nasale, par BAUMGARTEN. (*Deutch. med. Woch.*, n° 22.) — Opérations dans deux cas de déviation de la cloison du nez, par ROUX. (*Revue méd. Suisse romande*, VI, p. 189, avril.) — Emploi de la sauge officinale dans le traitement du catarrhe nasal, par HAYES AGNEW. (*Therapeutic Gazette*, n° 1, p. 17.) — Coccus dans les sécrétions nasales de l'ozène, par KLAMANN (*Allg. med. Cent. Zeit.*, n° 67, 1885.) — De l'ozène et des rhinites fétides, par DE CAMPOS SALLES. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Emploi de l'essence de térébenthine dans l'ozène des scrofuleux, par MALACRIDA (*Gaz. degli ospitali*, 7 mars.) — Cas d'éternuement hystérique guéri

Digitized by Google

par le passage dans les fosses nasales d'un courant continu, par S. Solis Cohen. (*Americ. laryng. Associat.*, 29 mai.) — Dépendance fréquente des maladies de l'oreille du catarrhe nasal, par C. Burnett. (*Med. News*, 10 juillet.) — Les affections de la muqueuse nasale dans leurs rapports avec l'asthme; les applications de la chirurgie du nez, par M. Bresgen. (*Deutch. med. Woch.*, n° 22.) — Relations entre les névroses réflexes et les maladies du nez et de la gorge, par Schmiegelow. (*Nord. med. Ark.*, n° 5, 1885.) — Observation sur l'origine et le traitement de la maladie appelée asthme des foins (coryza vaso-moteur périodique), par John N. Mackenzie. (*Transact. of the med. faculty of Maryland*, 1885.) — De la toux nasale réflexe, par Creswell Baber. (*The Practitioner*, juillet.) — Quels sont les cas de catarrhe nasal qui réclament un traitement chirurgical, par Rice (*Americ. laryng. Association*, 29 mai.) — Nouveau procédé pour l'extirpation des végétations adénoïdes du pharynx nasal, par Lœvenberg. (*Progrès médical*, 22-29 mai.) — Nouvel instrument pour opérer les végétations adénoïdes de l'espace naso-pharyngien, par J. Gottstein (sorte de bistouri fenêtré). (*Berlin. klin. Woch.*, n° 2, p. 25, 11 janvier.) — Restauration des deux tiers antérieurs de la voûte palatine et du nez, par Delorme. (*Semaine méd.*, 19 mai.) — Polype muqueux de l'antre d'Higmore, saillant dans les fosses nasales, par B. Baginsky. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 17, p. 276, 26 avril.) — Observation de rhinosclérome par Sidney Davies. (*Brit. med. journ.*, p. 1020, mai.)

Nouveau-né. — Deux cas d'hémorragie intracranienne chez des nouveau-nés, par Partridge. (*New York obst. Soc.*, 16 mars.)

Nutrition. — De l'entraînement des déchets organiques incomplètement oxydés, par Alb. Robin. (*Gaz. médic. de Paris.*, 3 juillet.)

O

Obésité. — Stérilité par obésité, grossesse après diminution de 20 kilogrammes. Accouchement, par Brondel. (*Bull. de thérap.*. 30 avril.) — Sur le traitement de l'obésité, par Constantin Paul. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 12 mai.)

Occlusion intestinale. — Invagination de la partie supérieure du jejunum datant de 21 mois, mort, par Goodhart. (*Brit. med. journ.*, p. 444, mars.) Traitement de l'invagination intestinale, par Weinlechner. (*Soc. des méd. de Vienne*, 2 avril.) — Rétrécissement de l'intestin grêle, laparatomie, guérison avec un anus artificiel, par Cureton et Eddowes. (*Brit. med. journ.*, p. 167, juillet.) — Un cas d'étranglement interne (Étranglement dû à une péritonite limitée, pris pour une hernie à cause d'une tumeur du volume d'un œuf, située au-dessus du ligament de Poupart), par J. Bell. (*Edinb. med. journ.*, p. 911, avril.) — Sur un cas d'obstruction intestinale, par Trélat. (*Progrès médical*, 8 mai.) — Note sur un cas d'étranglement intestinal interne, par Bérenger-Féraud. (*Bulletin de thérapeutique*, 30 avril.)

Œil. — Du développement et de l'intensité de la cécité en Russie et distribution des aveugles dans les diverses provinces de l'empire, par Skrebitzky. (*St-Petersb. med. Woch.*, n° 4.) — De la cécité en Italie, par Corradi. (*Annali universali di med.*, mars.) — Traité d'optique physiologique, par

Digitized by Google

HELMHOLTZ. (2e édit., *Hambourg.*) — Des amblyopies toxiques, par BERGMEISTER. (In-8°, *Vienne.*) — Maladies des yeux et ophtalmoscopie, par SCHMIDT-RIMPLER. (2e édit. *Brunswich.*) — La lumière électrique et l'œil, par HERMANN COHN. (*Berliner klin. Woch.*, n° 12, p. 187, 22 mars.) — Note sur un nouveau signe ophtalmoscopique des lésions de nutrition des organes profonds de l'œil, par GIRAUD-TEULON. (*Bull. de l'Ac. de méd.*, XV, n° 22.) — Du champ de fixation monoculaire, par KAHN. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Phénomènes subjectifs dans les affections oculaires. La diplopie binoculaire et monoculaire, par GEORGE-A. BERRY. (*Edinb. med. journ.*, p. 722, février.) — Sur l'insuffisance du pouvoir de convergence, par LANDOLT. (17e *Congrès d'opht.*, *à Heidelberg*, 1885.) — Constatation rapide de l'astigmatisme par les images cornéennes, par CHAUVEL. (*Arch. méd. milit.*, 16 mai, p. 357.) — La perception entoptique de la force centrale, par WOLFFBERG. (*Arch. of ophthalm.*, XVI, 1.) — Atropine et ésérine en ophtalmologie, par W. THOMPSON. (*Journ. of Amer. med. Ass.*, 3 avril, p. 365.) — Conseils populaires pour la conservation de la vue, par KATZ. (*Berlin.*) — Sur les colobomes kystoïdes du globe oculaire, par EWETZKY. (*Westnik ophtalmos.*, mars.) — Un cas d'amaurose passagère sans lésion apparente, par MAGNUS. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, février.) — De la névrite optique rhumatismale, par ROI. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Considérations cliniques sur les rétractions musculaires consécutives aux paralysies oculaires, par DEHENNE. (*Union médicale*, 11 mai.) — Névrite optique double après hémorragie cérébrale, par BRISTOWE. (*Opht. Soc.* 11 mars.) — Névrite optique et condylome de l'iris traités par les injections de peptonate de mercure. Guérison, par GILLET DE GRANDMONT. (*Recueil d'ophtalm.*, avril.) — Ophtalmoplégie externe, par SUCKLING. (*Brit. med. journ.*, p. 1022, mai.) — Causes et marche de l'atrophie du nerf optique, par PELTESOHN. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, février et mars.) — Huit cas d'hémianopsie, par SEGUIN. (*Assoc. of americ. physicians*, 18 juin.) — Prophylaxie de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, par FANO. (*Journ. d'oculist.*, juin.) — De la prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés, par DURAND. (In-4°, *Bordeaux.*) — Pathogénie, prophylaxie, traitement abortif de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, par BORDÉ. (*Riv. clin. di Bol.*, n° 5.) — L'iodol en thérapeutique oculaire, par TROUSSEAU. (*Union médicale*, 22 mai.) — Un cas de guérison d'inflammation sympathique sans énucléation préalable, par HOFFMANN. (*Klin. Monatsbl. f. prakt. Augenheilk.*, avril.) — Un cas d'hémorragie artérielle pendant l'énucléation de l'œil, par MEYER. (19e *Congrès d'opht.*, *Heidelberg*, 1885.) — Sur les différents procédés d'énucléation, d'exentération et d'amputation du globe oculaire et sur leur valeur respective, par ROUTIER. (In-4°, *Bordeaux.*) — Énucléation avec transplantation et réimplantation des yeux, par C. MAY. (*Med. Record, N. York*, 29 mai.) — Du traitement chirurgical de l'ophtalmie sympathique au moyen de l'énervation, par COLONNA. (*Thèse de Paris*, 5 juin.) — Deux opérations avec l'électro-aimant de Jauy, par NORRIS. (*Deutsche med. Woch.*, n° 22.)

Œsophage. — Sur le développement de l'œsophage, par DE MEURON. (*Acad. des sciences*, 15 juin.) — Du rétrécissement spasmodique de l'œsophage, par PFLIMLIN. (*Thèse de Paris*, 8 juillet.) — Un cas de rétrécissement de l'œsophage, par BOVET. (*Union médicale*, 27 mai.) — Des varices de l'œsophage dans les troubles de la circulation porte, par LONGUET. (*Union médicale*, 13 mai.) — Des diverses variétés de rétrécissement de l'œsophage, par BARRAL. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.)

Ongle. — Traitement chirurgical de l'ongle incarné, procédé nouveau, par STOCQUART. (*Journ. de la Soc. des sc. méd. Bruxelles*, 1885.)

Digitized by Google

Orbite. — De l'emphysème de l'orbite, par MARCUS. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXIII, 1 et 2.) — Un cas de sarcome de l'orbite et de l'uvée, par BAEUMLER. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, janvier.)— Un cas de sarcome malin rapidement développé dans l'orbite, par HIRSCHBERG et BIRNBACHER. (*Centralb. f. prakt. Augenheilk.*, mars.)— Tumeur de l'antre d'Highmore et de l'orbite, par POOLEY. (*Med. News*, 5 juin.) — Kyste dermoïde de la région orbitaire interne gauche, par POLAILLON. (*Union médicale*, 1er juin.) — Des plaies pénétrantes avec corps étrangers de l'orbite, par BONAND. (*Thèse de Paris*, 17 juin.)

Oreille. — L'organe de l'ouïe, par TAFANI. (*Annali universali di med.*, mars.) — De la trompe d'Eustache du tapir et du rhinocéros, par ZUCKERKANDL. (*Archiv für Ohrenh.*, XXII, 3, 4, p. 222.) — Appareil pour mesurer l'acuité auditive ou acoumètre à entre-courant, par D'ARSONVAL. (*Soc. de biologie*, 3 avril.) — De la durée de l'excitation sonore nécessaire à la perception, par GELLÉ. (*Ibid.*, 30 janv.) — Fatigue de l'accommodation; arrêt de l'accommodation ; intermittence de la sensation sonore à la limite de perception, par GELLÉ. (*Ibid.*, 6 fév.) — A propos des fonctions des canaux semi-circulaires, par W. KIESSELBACH; *idem.*, par J.-L. ECKERT. (*Corresp. Blatt für schw. Aerzte*, 15 mai.) — Quelques formes rares des bourdonnement d'oreilles, par TURNBULL. (*Therapeutic Gaz.*, 15 mars.) — Un cas de bruits objectifs dans les deux oreilles, par A. R. BAKER. (*Zeitschrift für Ohrenh.*, XIV, 34, p. 237.) — Rupture des deux membranes tympaniques doubles avec ébranlement labyrinthique, par C. KELLER. (*Monatschr. für Ohrenh.*, 1, 1885.) — Retour subit temporaire de l'ouïe dans un cas de surdité totale datant de 21 ans, par BASIL NORRIS. (*Zeit. für Ohrenh.*, XIV, 4, p. 236.) — Fracture du conduit auditif externe par contre-coup, avec déchirure étoilée de la membrane tympanique. Guérison, par C. WILLIAMS. (*Ibid.*, XIV, 3, 4. p. 230.) — Abcès du cervelet compliquant une otite moyenne suppurée. Propagation par le nerf facial, par HERMANN ROTHHOLZ. (*Ibid.*, XIV, 3, 4, p. 184.) — Otite moyenne chronique suppurée avec complication intracranienne. Double névrite optique. Guérison complète, par JOHN FULTON (*Ibid.*, XIV, 3, 4, p. 218.) — Deux cas de carie du rocher avec remarques sur l'ouverture précoce de l'apophyse mastoïde, par C. WILLIAMS. (*Ibid.*, XIV, 3, 4, p. 232.) — Traitement de la suppuration de la caisse, par MIOT. (*Ann. des mal. de l'oreille*, juillet.) — Carie aiguë du rocher droit avec hémorragie du sinus pétreux supérieur, chez un diabétique; mort, par KUHN. (*Corresp. Bl. f. schw. Aerzte*, XIV, n° 12.) Note sur le traitement de la suppuration de la caisse par des instillations de sublimé 1/2 0/00, par DUGARDIN. (*Rev. de laryngol*, 1 juin.) — Huile de gaulthérine et courant électrique dans le catarrhe chronique de l'oreille, par A. N. SHOTWELL. (*Therapeutic Gazette*, juillet, IX, n° 7, p. 451.) — Exostoses pédiculées du méat auditif, par NICOLAS. (*Rev. méd. Suisse romande*, IV, p. 350.) — Un petit forceps pour enlever les corps étrangers de l'oreille et du nez, par A. GUYE. (*Zeitschrift für Ohrenh.*, XV, p. 167.) — Modification du cathéter de la trompe, par H. LINDO FERGUSON. (*Ibid.*, XIV, 2, 3, p. 240.)

Organismes inférieurs. — Les bactéries et leur rôle dans l'anatomie et l'histologie pathologique des maladies infectieuses, par CORNIL et BABÈS (In-8°, 2e édit. *Paris.*)—Maladies infectieuses, par CANTANI. (*Il Morgagni*, janvier.) — Les microbes et les maladies infectieuses, par CRILLET. (*Giorn. int. delle sc. med.*, n° 1.) — Étude sur quelques points de bactériologie, par WHITTAKER. (*Journ. amer. med. Assoc.*, 15 mai, p. 553.) — Microbes, ptomaïnes et maladies, par BRIEGER; traduit par ROUSSY et WINTER. (In-18°, *Paris.*) — Leçons sur les bactéries, par DE BARY, traduit de WASSERZUG.

Digitized by Google

(In-8°, *Paris.*) — Du parasitisme microbien latent, par JAUBERT. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Notes de bactériologie, par STERNBERG. (*Med. News*, 19 juin.) — La filtration des microbes, par VALLIN (*Rev. d'hyg.*, VIII, n° 6.) — Étude des bactéries des maladies chirurgicales, par ERNST. (*Americ. surg. Assoc.*, 29 avril.) — Les maladies parasitaires et les actions intracellulaires, par METSCHNIKOFF. (*Rev. scientif.*, 29 mai.) — De la richesse en bactéries des eaux d'essangeage, par MIQUEL. (*Rev. d'hyg.*, VIII, n° 5.) — Des variations horaires des bactéries aériennes, par le même. (*Ibid.*) — Recherches sur la nature des champignons de la bouche, par STUMPF. (*Münchener ärztl. Int.-Bl.* 1885, n° 44.) — *Idem.*, par KLEMPERER. (*Centralblatt f. klin. Med.*, 1885, n° 50.) — Sur un champignon développé dans la salive humaine, par GALIPPE. (*Acad. des sc.*, 24 mai.) — Des bactéries intestinales des enfants à la mamelle, par ESCHERICH. (In-8°, *Stuttgart.*) — Influence du magnétisme sur l'orientation des colonies microbiennes, par R. DUBOIS. (*Soc. de biologie*, 20 mars.) — Relations vitales des micro-organismes avec les éléments des tissus, par SIMS WOODHEAD et W. HARE. (*Journ. of anat. and physiol.*, oct. 1885.) — Quelques bactéries produisant du gaz dans le tube digestif, leur sort dans l'estomac, leur réaction sur divers éléments, par MILLER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 8, p. 117.) — Péricardite fibrineuse, méningite cérébro-spinale et pneumonie déterminées par le pneumococcus sans pneumonie lobaire coïncidante; influence probable du pneumococcus sur la production d'autres maladies, par NETTER. (*Soc. anat.*, 19 mars.) — Sur l'évolution et les transformations du champignon du pityriasis, par GOSSELIN. (*Gaz. hebdom.*, 7 mai.) — Le bacille de la balano-posthite, par MANNINO. (*L'ingrassia*, n° 5, 1885). — *Idem.*, par DE LUCA. (*Gazz. degli ospit.*, n° 37.) — Maladie pyocyanique, par CHARRIN. (*Soc. de biologie*, 21 nov. 1885.) — Recherches sur le bacille du jéquirity, par NICOLAS. (in-4°, *Montpellier.*) — Les bacilles du rouget, par PAMPOUKI (confirmat. des travaux de LŒFFLER et SCHUTZ). (*Arch. de phys.*, 1 janv.) — Nouvel appareil pour le dosage des bactéries atmosphériques, par PAWLOWSKY. — *Idem.*, par HESSE. (*Berl. klin. Woch.*, 25 mai et 15 juin 1885.)

Os. — Quelques variations dans le squelette de l'homme, par ARBUTHNOT LANE. (*Journ. of anat. and physiol.*, avril.) — Note sur un arrêt de développement en longueur de l'humérus, par COLLIGNON. (*Bull. soc. d'anthrop*, n° 1.) — Recherches sur la pigmentation des os du porc, par TAPPEINER. (*Centralblatt f. d. med. Wissensch.*, n° 17, avril.) — Des portes d'entrée de l'ostéomyélite, par AYALA. (*Thèse de Paris*, 30 juin.) — De l'ostéomyélite de l'os iliaque, par FLEURY. (*Thèse de Paris*, 15 juillet.) — Sur l'ostéomyélite, par STOCKER. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzt.* n° 9, p. 242, 1 mai.) — Ostéite déformante, par WARTEL. (*Gaz. méd. de Paris*, 29 mai.) — Ostéosarcome de l'humérus; amputation; guérison, par DUBRUEIL. (*Gaz. méd. de Paris*, 22 mai.) — Ostéosarcome des côtes; adhérence au diaphragme. Blessure de ce muscle pendant l'ablation de la tumeur. Guérison, par HUMBERT. (*Rev. de chir.*, 10 avril.) — Suture osseuse à fil perdu à l'aide du crin de Florence, par PAUL BIGO. ((*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er juin.) — Ostéotomie du fémur, par W. SPICER. (*St-Barth. hosp. rep.*, XXI, p. 65.) — Ostéoclasie du fémur pour remédier à une difformité due à un cal vicieux, par OWEN LANKESTER. (*St-Barth. hosp. rep.*, XXI, p. 68.) — Exostose épiphysaire à la partie supéro-interne du fémur, par STIMSON. (*N-York surg. Soc.*, 15 avril.) — Deux cas d'exostose du fémur avec bourse séreuse; extirpation, par JACQUES L. REVERDIN et ALBERT MAYOR. (*Revue médic. Suisse romande*, VI, 162, mars 1886.) — Un cas d'ostéomalacie chez l'homme avec fractures spontanées, par JAMES RIGBY. (*Brit. med. journ.*, p. 14, juillet.)

Ovaire. — Sur les connexions embryogéniques des cordons médullaires de

Digitized by Google

l'ovaire avec les tubes du corps de Wolff et leur homologie avec les tubes séminifères chez les mammifères, par LAULANIÉ. (*Soc. de biologie*, 20 mars.) — Note sur une variété intéressante de kyste ovarique, par TERRILLON. (*Ann. de gynécol.*, juin.) — Kyste multiloculaire de l'ovaire à contenu liquide transparent; ovariotomie guérison; valeur sémiologique du contenu des kystes, par TILLAUX. (*Ann. de gynécol.*, juin.) — Des kystes mucoïdes de l'ovaire, par POUPINEL. (*Rev. de chir.*, 10 juin.) — Accouchement et kyste de l'ovaire, par HERRGOTT. (*Ann. de gynécol.*, juin.) — Kyste multiloculaire de l'ovaire droit, petits kystes de la trompe de Fallope, mort par volvulus intestinal, par LE BEC. (*Gaz. des hôp.*, 27 juillet.) — Kyste multiloculaire de l'ovaire énorme, adhérences de l'utérus, tuberculose pulmonaire, hypertrophie cardiaque, par HARDY. (*Gaz. des hôp.*, 10 juin.) — Évacuation d'un kyste de l'ovaire par l'intestin, par RADCLIFFE. (*Med. News*, 16 mai.) — De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire, par PARIZOT. (*Thèse de Paris*, 17 juin.) — Sur les déplacements herniaires des kystes paraovariques, par CHRISTEN. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Sur la malignité des kystes de l'ovaire, spécialement des kystes glandulaires, par B. SCHLEGTENDAL. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 et 18 janvier.) — Tumeur végétante des deux ovaires : corps fibreux de l'utérus, etc., par QUÉNU. (*Rev. de chir.*, 10 avril.) — Myxome de l'ovaire, par NETZEL. (*Nord. med. Ark.*, n° 5, 1885.) — Hématome de l'ovaire avec trompe adhérente, par KELLY. (*Obst. Soc. of Philad.*, 4 fév.) — Remarques cliniques sur une quatrième série de 25 ovariotomies, par TERRIER. (*Rev. de chir.*, 10 mars.) — Cas d'ovariotomie chez une aliénée, par PERCY SMITH. (*Journ. of mental sc.*, juillet, p. 224.) — Ovariotomie pendant la péritonite aiguë ou chronique, par MUNDÉ. (*Gynecol. soc. of Baltimore*, 9 mars.) — Petit kyste ovarique avec hémorragie dans la cavité, simulant une hémato-salpyngite ; ovariotomie, guérison, par HUNTER. (*Obst. soc. N. York*, 4 mai.) — Double kyste papillaire des ovaires, laparatomie, guérison, par LEE. (*Obst. Soc. N. York*, 4 mai.) — Deux ovariotomies chez la même malade, par RANSOHOFF. (*Americ. med. Assoc.*, 28 avril.) — Kyste multiloculaire de l'ovaire. Ovariotomie, par TERRIER. (*Union médicale*, 18 mars.) — Ovariotomie double, guérison, par BLUM. (*Arch. de méd.*, mars.)

P

Palais. — Sur un procédé expérimental très simple pour constater, chez le chien, le jeu fonctionnel du voile du palais et de ses piliers dans le second temps de la déglutition, ou temps pharyngien, par LABORDE. (*Soc. de biologie*, 1er mai.) — La question de l'hémorragie après l'uvulotomie, description d'un instrument pour l'arrêter, par CARROLL MORGAN. (*Americ. laryng. Assoc.*, 28 mai.) — Exemple de blessure rare de la cavité buccale; perforation de la voûte palatine osseuse, par un bout de cigare en os, par GOTTL. KRUSE. (*Centralbl. Bl. f. schweizer Aerzte*, n° 7, p. 186, 1er avril.) — Des opérations plastiques sur le palais, par PETIT. (*Union médicale*, 13 avril.)

Pancréas. — Diagnostic des kystes du pancréas. par SALZER. (*Zeit. f. Heilk.*, VII.) — Ectopie congénitale de la tête du pancréas et gastrectasie consécutive, par S. CECCHINI. (*Rassegna di sc. med.*, I, n° 7.)

Pansement. — De la tourbe comme agent de pansement, par REDON. (*Arch.*

Digitized by Google

méd. mil., 16 juin, p. 433) — De la pâte de bois sublimée comme pansement antiseptique, par KARSTROM. (*Nord. med. Ark.*, 1885, n° 16.)

Papillome. — Traitement des végétations par la teinture de tuya occidentalis, par PAUL. (*Soc. de thérap.* 9 juin.)

Paralysie. — Paralysie vaso-motrice symétrique des deux mains, par POTAIN. (*Gaz. des hôp.*, 29 mai.) — Observation de paralysie atrophique juvénile des extrémités, par JOFFROY. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 5 mai.) — Sur une nouvelle espèce de paralysie locale ou générale, avec ou sans altération des sens et de la sensibilité générale, par BROWN-SÉQUARD. (*Soc. de Biologie*, 20 mars.)— Des déformations de la main dans la maladie de Parkinson, par SIOTIS. (*Thèse de Paris*, 15 juillet.) — De la paralysie de Landry, par WOOD. (*Philad. neurol. Soc.*, 22 mars.) — Des paralysies consécutives aux accidents de chemins de fer, par ONIMUS. (*Union médicale*, 6 juin.)

Paralysie générale. — Rémission dans le cours de la paralysie générale, par LARROQUE. (*Thèse de Paris*, 1er juillet.) — Nouveau système de lit pour les déments paralytiques, par MANDINO. (*Arch. di psichiatria*, VII, 2.)

Parotide. — Sarcome de la parotide, extirpation, fistule salivaire, par EDOUARD MARTIN; examen histologique, par A. MAYER. (*Rev. méd. Suisse romande*, p. 97, février.) — Extirpation de la parotide, par J.-N. THOMPSON. (*Giorn. int. delle sc. med.*, n° 3.)

Pathologie. — Nouveaux éléments de pathologie externe, par BOUCHARD, de Bordeaux. (*Tome I. Pathologie externe générale*, in-8°, *Paris.*) — Diagnostic médical, manuel des méthodes cliniques, par BROWN. (In-8°, *New York.*)

Paupière. — Du trachome, par RAEHLMANN. (*Sammlung klin. Vortr.*, n° 263.) — Dilatation cystoïde des canaux des glandes sudoripares augmentées de nombre et de volume, se présentant cliniquement sous forme de xanthelasma des paupières, par DESSAUER. (*Arch. f. Ophth.* XXXI, n° 3)—Etude physiologique et pathologique de l'occlusion des paupières, par E. FUCHS (de Liège). (*Ibid.* n° 2.)

Peau. — De l'atrophie linéaire de la peau, par LAVERGNE. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — De la sarcomatose cutanée généralisée primitive, par BROCQ. (*Gaz. hebdom.*, 14 mai.) — Recherches entreprises dans le but de s'assurer de l'absorption par la peau humaine saine d'une solution aqueuse très diluée d'arséniate de sodium et d'iodure de potassium, et de l'absorption de l'iode, de sa teinture appliquée sur la peau humaine saine et sur la peau recouverte de son épiderme altéré par l'iode, par G.-S. STAS. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, n° 2.)

Pellagre. — Statistiques et considérations sur les pellagreux pendant la période de 1880-84 dans le Manicome provincial de Mombello, par VERGA. (*Arch. ital. per le mal. nervose*, fasc. 5 *et* 6, 1885.)

Pemphigus. — Sur un cas de pemphigus aigu, par DEMME. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 298, 3 mai.)

Pénis. — Amputation du pénis cancéreux avec suture de l'urètre au périnée, par KUESTER. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 19, p. 315, 10 mai.) — Traitement du phimosis par la dilatation, par C. W. HARWOOD. (*Boston med. journ.*, 28 janvier.)

Digitized by Google

Peptonurie. — Sur la peptonurie et sa pathogénie, par Georges. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.)

Périnée. — Le périnée comme soutien; méthode de périnéorraphie et de colporraphie, par Palmer. (*Americ. journ. of obstet.*, juillet.)

Péritonite. — Contribution au diagnostic de la péritonite tuberculeuse, par Simonini. (*Rivista clin. di Bol.*, n° 5.) — Péritonite traumatique. Mort. Anomalie de la veine cave et des veines iliaques, par Harris. (*Brit. med. journ.*, p. 253, juillet.) — Péritonite périhépatique enkystée, suite de cholécystite calculeuse. Mort, par Nicolle. (*Gaz. méd. de Paris*, 7 août.) — Laparotomie dans la péritonite, par Valerani. (*Gaz. delle cliniche*, n° 21, 1885.) — Inflammation simultanée de toutes les séreuses chez une jeune fille de 19 ans, par Hale White. (*Brit. med. journ.*, p. 1064, juin.) — Des tumeurs végétantes du péritoine pelvien à forme colloïde ou myxomateuse, par Péan. (*Semaine méd.*, 9 juin.)

Pharmacologie. — Action physiologique des médicaments, par Newell Martin. (*Med. News.*, 16 mai, p. 562.) — Sur le mucilage des pepins de coing dans les collyres, par Vigier. (*Gaz. hebdom.*, 25 juin.) — Sur la préparation du vin de quinquina, par Vigier. (*Ibid.*, 11 juin.) — Des graines de bonduc et de leur principe actif fébrifuge, par Heckel et Schlagdenhaufen. (*Acad. des sciences*, 5 juillet.) — Les effets de la caféine, par Langgaard. (*Deutsche med. Woch.*, n° 12, p. 190 et *Soc. méd. berlinoise.*) — Etude sur le piligan (lycopodium saururus), par Capdeville. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — De l'uréthane au point de vue de l'analyse chimique, par Jacquemin. (*Acad. des sc.*, 19 juillet.) — Action physiologique des huiles de pyrale et de bouleau, par Samuel B. Able. (*Therapeutic gazette*, IX, n° 5, p. 299.) — L'essence de gaultheria, par Wood et Hare. (*Ibid.*, 15 fév.) — Note sur la papayotine, par Jacobi. (*Ibid*, 15 mars.) — L'action physiologique et thérapeutique de l'hydrastine, par Mays. (*Ibid.*, 15 mai.) — De l'hamamelis virginica, par Marshall et Wood. (*Ibid.*, 15 mai.) — Recherches sur la lanoline, par Morton. (*Philad. med Times*, 12 juin.) — Sur la lanoline, par Boymond. (*Bull. de Thérap.*, 15 février.) — De la boracine, par Thornton Parker. (*Journ. of amer. med. Ass.*, 1er mai, p. 482.) — Etude expérimentale sur l'action physiologique du sulfate de spartéine, par Griffe. (*Thèse de Nancy*, 12 juillet.) — De la chrysarobine ou acide chrysophanique du commerce, par Godart. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Note sur l'action simultanée de l'hypnone et des mélanges titrés de chloroforme, par R. Dubois et L. Bidot. (*Soc. de biologie*, 26 déc. 1885.) — Les digitalines françaises et allemandes au point de vue des réactions chimiques et de la pureté des produits, par Th. Lafon. (*Soc. de biologie*, 8 mai.) — Note préliminaire sur l'action physiologique de la pipéridine ordinaire, par Œschner de Coninck et Pinet. (*Société de biologie*, 1er mai.) — Sur l'action de l'antipyrine, par Blanchard. (*Rev. méd. Suisse romande*, 15 mai.) — De la thalline, par Weinstein. (*Wien. med. Blatter*, 22 juillet.) — Etude comparative sur l'action des hydrates de triméthyloxéthyl et de triméthylvinylammonium, par Cervello. (*Arch. ital. de Biol.*, VII, *fasc.* 2, p. 232.) — Mécanisme physiologique de l'action de la cinchonine, de la cinchonidine et de la quinidine, par Laborde. (*Tribune médicale*, 16 mai.) — Note sur l'action physiologique de l'acétophénone par injections trachéales chez les animaux, par Grasset. (*Soc. de biol.*, 16 déc. 1885.) — Troubles cérébraux dus au salicylate de soude, par J. Krueg. (*Wien. med. Presse*, n° 13, p. 405.) — Sur les propriétés toxiques du jéquirity, par G. Bufalini. (*Medicina contemporanea*, juin.) — Quelques petits méfaits de l'acide phénique (dermatites vésiculeuse ou

Digitized by Google

érysipélateuse), par Léon Gautier. (*Revue médic. Suisse romande*, VI, 185, avril.) — L'action du bromure de nickel, par Hare. (*Therap. Gaz.*, 15 mai.) — Iodol, son emploi externe, spécialement en oculistique, par Suquet. (*Thèse de Paris*, 6 juillet.) — De l'action emménagogue de l'acide oxalique, par Poulet. (*Gaz. hebd.*, 14 mai.) — De l'action physiologique du salicylate de mercure, par C. Duprat. (*Soc. de biologie*, 27 mars.) — Sur l'action physiologique et toxique de l'hydrogène sulfuré et en particulier sur le mécanisme de cette action, par Laborde. (*Soc. de biologie*, 6 mars.)—Discussion sur la toxicité ou non-toxicité des sels de cuivre. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, n°s 10, 11, 12, 13, 1885, n°s 1, 2, 3, 1886.)

Pharynx. — Deux cas de tumeurs adénoïdes du pharynx avec symptômes inaccoutumés, par H. Allen. (*Americ. laryngol. Assoc.*, 27 mai.) — Un nouveau couteau annulaire pour l'ablation des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, par A. Guye. (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, XV, 2, 3, p. 167. — Réflexions sur les larges ablations de cancers de la bouche, de l'isthme du gosier et du pharynx, par Polaillon. (*Gaz. méd. de Paris*, 17 juillet.)

Pied bot. — La tarsectomie dans les pieds bots, par Heydenreich. (*Semaine méd.*, 2 juin.) — Pied bot équin varus, ostéotomie cunéiforme, par Poore. (*N. York surg. Soc.*, 26 avril.) — Ténotomie et tarsotomie comme moyens de traitement du pied bot invétéré chez l'adulte, par Barraud. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Pied bot congénital : rôle que jouent les ligaments du tarse dans la persistance de la difformité, valeur thérapeutique de leur section sous-cutanée, par Robert William Parker. (*Brit. med. journ.*, p. 10, juillet.)

Pityriasis. — Observation de pityriasis rubra, par Walter Fell. (*Brit. med. journ.*, p. 1019, mai.)

Plaie. — Des plaies par armes à feu, par Packard. (*Med. News.*, 3 juin.)

Plèvre. — Sur quelques cas de pleurésie diaphragmatique, par Bruen. (*Assoc. of Americ. physicians*, 17 juin.) — Pleurésie hémorragique, guérison, par Mesnet. (*Gaz. des hôp.*, 24 juillet.) — A propos de la pleurésie hémorragique, par Moutard-Martin. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 7 avril.) — Pleurésie hémorragique. Cancer de la plèvre, par Gouguenheim (*Ibid.*, 7 avril.) — Pleurésie purulente gauche, empyème, attaques épileptiformes et hémiplégie incomplète du côté opposé à l'empyème, par P. Berbez. (*Revue de médecine*, 10 juin.) — Note sur un cas de guérison de pleurésie purulente avec complication d'abcès multiples et d'affection cardiaque, par Long. (*Rev. médic. Suisse romande*, p. 37, janvier.) — Traitement chirurgical de la pleurésie, par O. Fraentzel, Weber, Fiedler, Litten, Jürgensen, Heusner. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 17, p. 277 et 278, 26 avril.) — Résection des côtes dans un cas de pleurésie purulente avec concrétions calcaires de la plèvre gauche, par Angelo. (*Annali universali di med.*, janvier.) — Trois cas de thoracotomie, par Eug. Bœckel. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er juin.)—Pleurésie purulente d'emblée. Pleurotomie. Guérison, par Saint-Philippe. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 13 juin. — Déplacement du cœur produit par la rétraction du poumon droit, à la suite d'une ancienne pleurésie, par Alex. Mac Aldowie. (*Brit. med. journ.*, p. 157, juillet.)

Poil. — Un cas d'alopécie totale, par Magnus. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, mars 1886, avril.) — Hypertrichose partielle dans un cas d'ichtyose congénitale circonscrite, par Richard Hilbert. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, XCIX, *H.* 3, p. 569.)

Poumon. — Analyse des 412 cas de pneumonie lobulaire qui eurent lieu à

Digitized by Google

l'hôpital général de Massachusett du 1er janvier 1870 jusqu'au 31 décembre 1885, par Ch. W. Townsend. (*Boston med. and surg. jour.* 25 mars.) — Anatomie pathologique de la pneumonie, par Osler. (*Path. soc. of Philadelphia*, 23 avril.) — Notes sur la pathogénie de la pneumonie lobaire aiguë, par Th. W. Share. (*The practitioner*, mai.) — Sur la pneumonie, par Lépine. (*Tribune médicale*, 13 juin.) — Pneumonie chez les vieillards, par Patton. (*Med. News.*, 5 juin, p. 635.) — De la spléno-pneumonie, par Bourdel. (*Thèse de Paris*, 22 juin.) — Contribution à l'étude de la défervescence dans la pneumonie fibrineuse, par Richard Croce. (*D. Arch. f. klin. Med., Bd. XXXVIII, Heft.* 6, p. 554.)— La pneumonie catarrhale des adultes, par Konrad Clar. (*Wien. med. Presse*, n° 14, p. 435.) — Un cas de pneumonie survenant à une altitude élevée en hiver (Engadine), et traité (avec succès) par la saignée, par A. Tucker. (*Edinb. med. journ.*, p. 928, avril.) — Leçon clinique sur certains cas de maladies inflammatoires du poumon, curables, ressemblant beaucoup à la phtisie aiguë, par A. Waters. (*Brit. med. journ.*, p. 1014, mai.) — Pneumonie contagieuse, par William Bruce. (*Id.*, p. 294, mai.) — De la valeur seméiologique des cocci de la pneumonie, par Ruhle. (*Centralblatt. f. d. med. Wissensch.*, n° 4, janvier.) — Un cas de pneumonie typhoïde, par Comby et Coulon. (*Progrès médical*, 15 mai.) — Des pneumonies infectieuses, par Helme. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Discussion sur la pneumonie infectieuse (rien de neuf). (*Acad. de méd. d'Irlande, in Dublin journ. of med. sc.*, p. 370, avril.)—De la pneumonie typhoïde, par Mulette. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Du traitement de la pneumonie, par C.-W. Stockman. (*Boston med. and surg. journ.*, 25 mars.) — Embolie pulmonaire mortelle, varices, par De Montmollin. (*Rev. méd. Suisse romande*, V, p. 251.) — Cancer du poumon, pleurésie hémorragique, ganglions cancéreux dans l'aisselle, par Hautecœur. (*Soc. anat.*, 5 mars.) — Discussion de la Société des médecins de la Charité de Berlin sur l'incision des foyers de suppuration pulmonaires. (*Berlin. klin. Woch.*, 14 juin.) — Simples procédés pour la prévention, dans certaines circonstances, d'affections catarrhales ou d'inflammations de nombre d'organes ou des muqueuses nasales, bucco-pharyngée, laryngée, trachéale ou bronchiale, par Brown-Séquard. (*Soc. de biologie*, 6 mars.) — Pneumothorax. Vergetures de la peau du côté opposé, par Gimbert. (*France médicale* 3 juillet.)

Prostate. — Nature de l'hypertrophie de la prostate, par Henry Thompson. (*Brit. med. journ.*, p. 1156, juin.) — De l'eau chaude dans les prostatites aiguës, par Cazaux. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Traitement de la rétention d'urine par lésions prostatiques, par G. Bukston Browne. (*Brit. med. journ.*, p. 869, mai.)

Psoriasis. — Psoriasis à la suite de frayeur et d'émotion morale, par Heulz. (*Ann. de dermat.*, VII, n° 6.) — Ageusie, anosmie, psoriasis buccal, par Negel. (*Progrès médical*, 24 avril.) — Sur les rapports du psoriasis et du rhumatisme, par Duron. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.)

Psychoses. — Pseudesthésie optique épidémique (Metz, 1871), par Pierron. (*Gaz. des hôp.*, 27 juillet.) — Exemples de mémoire inconsciente dans les maladies, par Charles Creighton. (*Londres*, 1 vol. in-18 de 200 p.) — La peur, étude psycho-physiologique, par Mosso, traduit par F. Hément. (In-18, *Paris.*) — Troubles psychiques consécutifs aux opérations chirurgicales, par W. Herringham. (*S. Barth. hosp. Rep.*, XXI, p. 165.) — Des psychoses par intoxication, par Obersteiner. (In-8°, *Vienne.*)

Ptomaïnes. — De l'action pathogénique de certains produits d'excrétion ana-

Digitized by Google

logues aux ptomaïnes, par VAN DEN CORPUT. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, n° 3.)

Puerpéral (État). — Sur la phlegmatia alba dolens puerpérale, par DELPORTE. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Maladies puerpérales, par B. HICKS. (*Americ. journ. of obst.*, mai, p. 474.) — Du microbe de la fièvre puerpérale et de son existence à New-York, par NŒGGERATH. (*Americ. journ. of obst.*, mai.)— La fièvre puerpérale et l'emploi précoce des injections vaginales antiseptiques, par ZENKE. (*Med. News.*, 22 mai, p. 577.) — Septicémie puerpérale et endocardite ulcéreuse, par JOHNSTON. (*Montreal med. chir. Soc.*, 1er mai.) — Embolie de l'artère centrale de la rétine dans le cours de la septicémie puerpérale, par SIMEON SMELL. (*Brit. med. journ.*, p. 1168, juin.) — Endocardite puerpérale, hémiplégie embolique, par NEVILLE. (*Dublin journ. of med. sc.*, p. 412, août 1885.) — Des aphasies puerpérales, par H. POUPON. (*Encéphale*, p. 393, 1885.)

Purpura. — Observation de purpura, probablement névropathique, accompagné d'œdèmes locaux fugaces, par EDW. MACKEY. (*Brit. med. journ.*, p. 63, juillet.)

R

Rachis. — Étiologie de la scoliose, par E.-H. BRADFORD. (*Boston med. and surg. journ.*, 18 mars.) — Étude sur les changements que les pressions font subir au squelette du tronc, particulièrement aux vertèbres et au sternum, par ARBUTHNOT LANE. (*Guy's hosp. Rep.*, XLIII, p. 321-434.) — Luxation de la douzième vertèbre dorsale par flexion forcée du rachis : mort, par VINCENT. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 juillet.) — Note sur l'étiologie ou mal de Pott, par SAYRE. (*New York county. med. Assoc.*, 17 mai.) —Abcès par congestion (forme rare, trochantériens), dans un mal de Pott, par WEIR. (*New York, surg. Soc.*, 28 avril.)

Rage. — Transmission du virus rabique par les nerfs, par DUBOUÉ. (*Rev. scientif.*, 31 juillet.) — Histologie pathologique de la rage (lésions d'encéphalite bulbaire avec apoplexie capillaire), par HALE WHITE. (*Brit. med. Journ.*, p. 880, mai.) — Observation de rage humaine suivie de mort rapide après neuf mois d'incubation, par L. JAGOT. (*Soc. de biologie*, 9 janvier.) — Les inoculations antirabiques de Pasteur, par V. FRISCH. (*Wien. med. Presse*, n° 16, p. 505.) — Des communications récentes de Pasteur sur la rage, par DULLES. (*Med. News*, 12 juin.) — La rage et sa prophylaxie, par GRANCHER. (*Rev. scientifique*, 10 juillet.)— L'attitude de la médecine légale devant la rage, par SPITZKA. (*Med. News.*, p. 698, 19 juin.) — L'inoculation préventive de la rage ou méthode Pasteur, par UFFELMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 22, p. 355, 31 mai.)

Rate. — De la reproduction expérimentale de la rate chez le poulet, le chien, le lapin, etc., par CECCHINI. (*Rassegna di sc. med.*, I, nos 5 et 8.) — Contribution à l'histologie de la rate, par R. ROBERTSON. (*Journ. of anat. and physiol.*, avril.) — Rupture de la rate chez un soldat atteint de vieilles fièvres intermittentes, par C. FAUNIE. (*Brit. med. journ*, p. 412, août.)

Rectum. — Des maladies du rectum d'origine utérine, par C.-P. STRONG. (*Boston med. journ.*, 18 février.) — Leçon clinique sur les fistules rectales

Digitized by Google

et les hémorrhoïdes, par RICHARD DAVY. (*Brit. med. Journ.*, p. 143, juillet.) — Un cas de calcul du rectum, par DUROZIEZ. (*Semaine médicale*, 10 avril.)

Réflexe. — Sur un nouveau réflexe pupillaire, par HAAB. (*Corresp.-Bl. f. schweizer Aerzte*, n° 6, p. 153, 15 mars.)—Réflexes tendineux, par DE WATTEVILLE. (*Brit. med. Journ.*, p. 1160, juin.) — Prolongation exceptionnelle de certains actes réflexes de la moelle épinière, après la mort, par BROWN-SÉQUARD. (*Soc. de biologie*, 27 février.) — Sur un nouveau réflexe moteur très localisé, par DASTRE. (*Soc. de biologie*, 6 février.) — Sur un cas de réflexe patellaire avec intégrité de la moelle épinière et des racines postérieures, par DÉJERINE. (*Soc. de biologie*, 10 avril.)

Rein. — Étude expérimentale de la néphrite glomérulaire par WELCH. (*Assoc. of Americ. Physicians*, 18 juin.)—De quelques modifications des bruits du cœur dans le cours de la néphrite, par BASORA. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Les bacilles dans la tuberculose miliaire, tuberculose glomérulaire du rein, par DURAND-FARDEL. (*Archives de physiologie*, 15 mai.)— Des différentes formes de néphrite, revue, par GIUFFRÉ. (*Broch. Palerme*, 1885.) Du diagnostic des néphrites interstitielles sans albuminurie, par CARPENTIER (*Thèse de Paris*, 31 juillet.) — Albuminurie. Atrophie rénale latente, par BULL. (*Nord. med. Ark.*, n° 5, 1885.)— Des néphrites infectieuses, leur passage à l'état chronique, par GILLES. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Du rein tuberculeux médical, par BRISSAUD. (*Gaz. hebdomad.*, 16 juillet.) — Tuberculose miliaire du rein, bacilles dans les vaisseaux et les capillaires glomérulaires avant la formation de toute lésion irritative par DURAND-FARDEL. (*Soc. anat.*, 2 avril.) — Hémicéphalie et aplasie des capsules surrénales, par C. WEIGERT. (*Arch. f. path. An. u. Phys. Band C*, Heft 1, p. 176.) — Sarcome du rein, hématurie profuse, par ARTHUR WILSON. (*Brit. med. Journ.*, p. 1109, juin.) — Cancer primitif du rein gauche, cancer secondaire du foie, par JEANTON. (*Soc. anat.*, 26 mars.) — Les maladies chirurgicales du rein par H. MORRIS. (in-8°, *London.*) — De l'intervention chirurgicale dans les affections des reins, par BRODEUR. (*Thèse de Paris*, 30 juillet.) — Néphrotomie pour une pyélite, par STONE. (*Med. News*, 26 juin.) — Pyélite calculeuse; néphrectomie, guérison, par J. WALSHAM. (*St. Barth. hosp. Rep.*, XXI, p. 121.) — Pyélite calculeuse, néphrolithotomie, trismus, mort. Epithélioma du bassinet à l'autopsie, par J. WALSHAM. (*Ibid.*, XXI, p. 125.) — Calcul enclavé dans un uretère, avec atrophie du rein du côté opposé, par PICK. (*Brit. med. Journ.*, p. 979, mai.)—Sur les fistules de l'uretère, par BIAR. (in-4°, *Bordeaux.*)—Extraction, par incision lombaire, d'un calcul du bassinet pesant 30 grammes, par LAUENSTEIN. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 17, p. 279, 26 avril.) — Appareil pour recevoir l'urine des fistules rénales par LILIENFELD. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 18, p. 292, 3 mai.) — Tumeur maligne du rein droit; opération, guérison, par DANDOIS. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, n°s 12-13, 1885.) — Néphrectomie pour un rein flottant, par POLAILLON. (*Acad. de méd.*, 13 juillet.)

Résection. — Résection du coude pour ankylose, par SANDS. (*New York surg. Soc.*, 24 mai.) — De la résection précoce dans l'ostéomyélite des os longs en voie de croissance avec suppuration de l'articulation voisine, par CERNÉ. (*Normandie médicale*, 15 avril.) — Résection de la hanche pour arthrite blennorragique, par SONNENBURG. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 14, p. 231, 5 avril.) — Résection de la hanche pour ostéomyélite. Grattage et drainage de toute la cavité médullaire du fémur. Guérison, par H. NEBEL. (*Ibid.*, 15 février.) — Sur la résection du genou, par A. BUONUOMO. (*Il Morgagni, fév.*) — Résection du genou pour ankylose, par GERSTER. (*New York surg. Soc.*, 10 mai.)—Résection du genou pour une synovite tubercu-

Digitized by Google

leuse datant de sept semaines, par GERSTER. (*New York surg. Soc.*, 10 mai.) — Des résections orthopédiques du genou à propos d'un cas d'ankylose, par MOLLIÈRE. (*Semaine médic.*, 19 mai.) — Procédé d'extirpation de l'astragale et résection tibio-tarsienne, par J. REVERDIN. (*Rev. de chir.*, 10 mars.)

Respiration. — Sur un procédé pour enregistrer les phases du dégagement d'acide carbonique dans la respiration des êtres vivants, par d'ARSONVAL. (*Soc. de biologie*, 27 mars.) — Rôle physiologique du tissu pulmonaire dans l'exhalation de l'acide carbonique, par GARNIER. (*Acad. des Sciences*, 26 juillet.) — Sur la cause de la première inspiration du fœtus, par E. DUPUY. (*Soc. de biologie*, 16 janvier.) — Respiration périodique chez les vieillards et respiration de Cheyne-Stokes, par E. FENOGLIO. (*Lo Sperimentale*, février.) — Sur la nature fonctionnelle du centre respiratoire et sur la respiration périodique, par S. FANO. (*Ibid.*, janvier.) — Retour rapide des mouvements respiratoires du tronc, après la section de la moelle épinière cervicale, chez les mammifères refroidis, par WERTHEIMER. (*Soc. de biologie*, 8 mai.) — La respiration dans l'air raréfié, par G. VON LIEBIG. (*Deutche med. Woch.*, n° 18.

Rétine. — Structure rayonnée du segment extrême des bâtonnets de la rétine, par CUCCATI (*Arch. Ital. de biol.*, VII, fasc. 2, p. 234.) — Le scotome circulaire dans la choroïdo-rétinite, par PERLIA. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, février.)— Contribution à l'étude de l'embolie des artères de la rétine par HIRSCHBERG. (*Ibid.*, décembre 1885.) — Embolie partielle de la portion inférieure de l'artère centrale de la rétine, associée à des attaques antérieures de chorée, par BENSON. (*Ophthalm. Review*, V, p. 1.) — Traitement du décollement de la rétine, par SIMON SNELL. (*Brit. med. journ.*, p. 145, juillet.)

Rhumatisme. — L'état actuel de nos connaissances justifie-t-il la corrélation établie entre le rhumatisme, la goutte, le diabète et la maladie de Bright, par J. TYSON. (*Med. News.*, p. 714, 26 juin.) — Du cycle d'évolution du rhumatisme articulaire aigu, par FRIEDLAENDER. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 18, p. 299, 3 mai.)

Rougeole. — Sur la transmission, l'incubation et la prophylaxie de la rougeole, par GESCHWIND. (*Arch. de méd. mil.*, 30 mars.) — De la stomatite dans la rougeole, par JULIEN. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Autopsie dans un cas de rougeole avec remarques sur le traitement de l'œdème pulmonaire, par F.-J. CANEDY. (*Boston med. and surg. journ.*, 18 mars.)

S

Sang. — Sur les cristaux d'hémoglobine et de méthémoglobine, par HALLIBURTON. (*Brit. med. journ.*, p. 106, juillet.) — La méthémoglobine d'origine médicamenteuse, par HAYEM. (*Rev scientif.*, 5 juin.) — La photographie du sang, par A. HÉNOCQUE. (*Soc. de biologie*, 28 nov. 1885.) — Recherches expérimentales sur la mesure du volume de sang qui traverse les poumons en un temps donné, par GRÉHANT et QUINQUAUD. (*Soc. de biologie*, 27 mars.) — Sur un appareil de Ludwig permettant de mesurer la quantité de sang qui traverse l'aorte en un temps donné, par VON FREY. (*Soc. de biologie*, 10 avril.) — Sur les masses protoplasmiques libres du

Digitized by Google

sang, par E. Oehl. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, n° 12, 13, 1885.) — Recherches sur le sort du sang extravasé dans les tissus, par W. Hunter. (*Brit. med. journ.*, p. 105 juillet.)

Saturnisme. — Empoisonnement par le plomb, avec troubles intellectuels et nerveux, par Robertson. (*Journ. of mental sc.*, juillet, p. 217.) — Intoxication saturnine avec production d'ostéophytes sur les métacarpiens, par W. Herringham. (*St-Barth. hosp. Rev.*, XXI, p. 169.) — La goutte saturnine et ses caractères, par G. Lorimer. (*Brit. med. journ.*, p. 163, juillet.)

Scarlatine. — Durée de l'incubation et contagiosité de la scarlatine. — Scarlatine chez un phtisique avéré, après une incubation de quelques heures; retentissement favorable sur la lésion pulmonaire, par Mabboux. (*Gaz. hebdom.*, 11 juin.) — Exemple de trois attaques de scarlatine grave dans l'espace de 10 ans chez le même individu, par A. Frey. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 11, p. 175, 15 mars.) — Sur les manifestations articulaires de la scarlatine, par Henry Ashby. (*Brit. med. journ.*, p. 970, mai.) — Traitement de l'angine scarlatineuse maligne par les injections parachymateuses phéniquées, par Heubner. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 18, p. 299, 3 mai.) — Endométrite, par infection scarlatineuse pendant l'état puerpéral, par Blyckaerts. (*Annales de la Société de médecine d'Anvers*, mars.)

Septicémie. — De la septicémie gangréneuse, par Forgue. (*Thèse d'agrég., Paris*). — *Idem*, par Reclus. (*Gaz. hebdom.*, 25 juin.)

Spina bifida. — Du traitement du spina bifida, par E.-H. Bradford. (*Boston med. journ.*, 25 février.) — Spina bifida cervical guéri par une injection de glycérine iodée, par John Ward Cousins. (*Brit. med journ.*, p. 874, mai.)

Strabisme. — Sur la strabométrie et la mesure de l'opération du strabisme, par Hirschberg. (*Centralbl. f. prakt. Augenkeilk.*, novembre 1885.)

Sueur. — Un cas de sueurs unilatérales, par Mills. (*Philadelphia neurol. Soc.*, 26 avril.)

Syphilis. — Leçons cliniques sur la syphilis et les maladies des organes génito-urinaires, par Otis. (In-8°, *New York.*) — L'unité ou la dualité de la syphilis au point de vue historique, par J.-L. Milton. (*Edinb. med. journ.*, p. 1044, mai.) — Des limites de la période contagieuse de la syphilis, particulièrement au point de vue du mariage, par Fessenden H. Otis. (*Boston med. and surg. journ.*, 18 février.)—Des suites de couches chez les syphilitiques, par Combes. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Syphilis et grossesse, par Hirigoyen. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 juillet.) — De la syphilis postconceptionnelle, par Legrand. (*Thèse de Paris*, 18 juin.) — Observation pour servir à l'histoire de l'influence héréditaire de la syphilis, par Lancry. (*Ann. de dermat*, VII, n° 7.) — De la syphilis héréditaire tardive, par Rabl. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 18, p. 299, 3 mai.) — Contribution au diagnostic de l'hépatite interstitielle syphilitique chez les nouveau-nés et les nourrissons, par Paul Meyer. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 16, p. 255, 19 avril.) — Paralysie des bras chez un enfant atteint de syphilis héréditaire, par T.-M. Rotch (*Boston med. and surg. journ.*, 18 mars.) — Syphilis osseuse héréditaire chez des enfants, par Colcott Fox et B. Ball. (*Brit. med. journ.*, p. 1171, juin.) — Les dangers des baisers, par S. Adams. (*Journ. of Am. med. Assoc.*, 22 mai, p. 568.) — Syphilis transmise par le cathétérisme de la trompe d'Eustache, par Lancereaux. (*Union médicale*, 23 mars.) — Transmission de la syphilis par le cathétérisme de la trompe d'Eustache,

Digitized by Google

6 cas, par Burow. (*Monatschr. für Ohrenh.*, 5, 1885.) — 18 cas de chancre extra-génital (lèvres, menton, joues, mamelon), par S. Baum. (*Viertelj. f. Dermat.* p. 97, 1885.) — Des facteurs de gravité de la syphilis, par Fournier. (*Semaine méd.*, 2 juin.) — Des causes aggravantes de la syphilis, des principaux facteurs de gravité, par Lainé. (*Thèse de Paris*, 5 juillet.) — De l'influence réciproque du diabète sur la syphilis et de la syphilis sur le diabète, par Arnaud. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Réveil de la diathèse syphilitique provoqué par un traumatisme. Accidents locaux et généraux, traitement spécifique, amélioration, par Chaleix. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 18 juillet.) — Du pronostic de la syphilis cérébrale, par Braus. (In-8°, *Berlin.*) — Névrite périphérique chez une femme morte de syphilis cérébrale, par Hale White. (*Brit. med. journ.*, p. 977, mai.) — De l'échéance des accidents cérébraux dans la syphilis, par Gaudichier. (In-18, *Paris.*) — Recherches statistiques sur la syphilis oculaire, par Éveillé. (In-4°, *Bordeaux.*) — De la leucoplasie buccale dans ses rapports avec la syphilis, par Hamonic. (*Ann. méd. chir.*, juillet.) — Leucodermie syphilitique, par O. Rosenthal. (*Berlin klin. Woch.*, n° 3, p. 46, 18 janvier.) — Gommes labiales simulant des chancres indurés des lèvres, par Nivet. (*Ann. de dermat.*, VII, n° 6.) — Rétrécissement syphilitique de la trachée et des bronches, gomme sous-périostique du pariétal, exostose du frontal, infiltration gommeuse du temporal gauche, par Besançon. (*Soc. anat.*, 19 mars.) — Étude sur la syphilis du sein, par Claude. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Des syphilides, par Fournier. (*Gaz. des hôp.*, 27 juillet.) — Chancre syphilitique inguinal, phagédénisme, par Ménéant. (*Ann. de dermat.*, VII, n° 7.) — Traitement de la syphilis. Discussion du 5e Congrès de médecine. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 18, p. 297, 3 mai.) — Etude sur la pathologie et le traitement de la syphilis, par Lang. (In-8°, *Wiesbad.*) — De l'iodure double de mercure et de sodium en injections hypodermiques, par Vacher. (*Gaz. hebdomad.*, 4 déc. 1885.)

T

Tænia. — Attaque épileptiforme causée par la présence d'un tænia, par Mesnet. (*Gaz. des hôp.*, 24 juillet.) — Tænia rejeté à la suite d'une dose de chloroforme, par Bentley. (*Therapeutic Gaz.*, 15 avril.)

Taille. — La taille hypogastrique à l'hôpital Necker, cinq cas. Manuel opératoire, par N. Hallé. (*Ann. des mal. des org. gén. urin.*, nov. 1885.)

Teigne. — Teignes et teigneux, par Burlureaux. (*Gaz. hebd.*, 2 juillet.) — Sur le tricophyton tonsurans, par Duclaux. (*Soc. de biologie*, 16 janv.) — Identité du favus des poules et du favus de l'homme, par S. Neumann. (*Soc. de biologie*, 3 avril.) — Remarque sur les travaux de V. Sehlen sur l'étiologie de l'alopécie circinée, par P. Michelson. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, XCIX, H. 3, p. 572.) — Culture des champignons du favus, du trichophyton et de l'oïdium lactis sur la gélatine, l'agar-agar et le sérum sanguin, par Grawitz. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 6, p. 97, 8 février.)

Température. — Influence du système nerveux sur la température animale, par Mosso. (*Arch. ital. de biol.*, VII, fasc. 2, p. 306.) — De l'abaissement de température des fiévreux par l'air ambiant (méthode dérivée du système de Brand), par G. de Souza. (*Soc. de biologie*, 17 avril.) — Considérations sur quelques expériences récentes sur les effets des basses températures

Digitized by Google

sur le processus de la putréfaction et sur quelques phénomènes vitaux, par COLEMAN et M. KENDRICK. (*Journ. of anat. and physiol.*, juillet 1885.) — Sur les brusques et fortes élévations de température dans le cours des maladies fébriles aiguës, par LANCEREAUX. (*Union médicale*, 17 avril.)

Tendon. — Plaies des tendons, par CHRISTINE. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.)

Testicule. — Traitement de l'hydrocèle vaginale par l'injection iodée et la compression, par WICKHAM. (*Gaz. hebdomad.*, 7 mai.) — Trois cas d'hydrocèle traités avec succès par injection d'acide phénique, par BERKELEY HILL. (*Brit. med. journ.*, p. 1161, juin.) — Accident rare de l'opération de l'hydrocèle, par BOURSIER et LOUMEAU. (*Journ. de médecine de Bordeaux*, 20 juin.)—Sur le mode d'involution et la valeur de l'épithélium germinatif dans le testicule embryonnaire de poulet, par LAULANIÉ. (*Soc. de biologie*, 27 fév.) — Plaie du testicule par une aiguille, corps étranger resté dans le testicule, extraction, par HORTELOUP. (*Union médicale*, 23 mai.) — Lipome du testicule ou accumulation de graisse dans la tunique vaginale, par PARK. (*Americ. surg. Assoc.*, 30 avril.)

Tétanie. — De la tétanie, par LYMAN. (*Assoc. of Americ. Phys.*, 18 juin.)

Tétanos. — De l'étiologie et de la nature du tétanos, par DUFOUR. (*Thèse de Paris*, 30 juin.) — De l'étiologie et de la pathogénie du tétanos. Le tétanos est-il une maladie infectieuse, par OZENNE. (*Archives de médecine*, mars.) — Peut-on avoir deux fois le tétanos, par VERNEUIL. (*Gaz. hebdom.*, 25 juin.) — Tétanos produit par des injections hypodermiques de quinine, par A. RUTINO. (*Giorn. int. delle sc. med.*, n° 3.)

Thé. — La maladie des buveurs de thé, par ELOY. (*Union médicale*, 5 juin.)

Thérapeutique. — La thérapeutique stomacale en Allemagne, per DESCHAMPS. (*Bull. de thérap.*, 30 janvier.) — Etude sur quelques nouveaux purgatifs, par DESNOS. (*Bull. de thérap.*, 30 janvier.) — Sur les traitements abortifs, par DIDAY. (*Union médicale*, 2 mars.) — Les vertus médicinales de l'ichthyol, par SCHMIDT. (*Therap. Gaz.*, 15 juin.) — Le cascara sagrada dans les constipations, par PARIS. (*Rev. méd. Suisse romande*, 15 juillet.) — Du bromhydrate d'hyoscine, comme hypnotique, par SCHAEFFER. (*Maryland med. journ.*, 13 fév.) — De la piscidia erythrina dans le traitement des affections convulsives, par NEWHALL. (*Therapeutic Gaz.*, 15 mars.)—De l'emploi de la solution de brucine à 5 0|0 (furoncles du conduit auditif, otite suppurée), par ZEISS. (*Therapeut. Gaz.*, 15 janv.) — Influence de l'âge sur les doses de noix vomique, par MUSSER. (*Therap. Gaz.* 15 janv.) — Utilité de la médication antipyrétique (kairine, antipyrine, thalline), par DESPLATS. (In-8°, Lille.) — De l'éthoxycaféine dans le traitement de la migraine, par CHABOT. (*Thèse de Paris*, 10 juillet.) — De la pyridine et de la collydine comme médicament respiratoire, par DANDIEU. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Note sur une teinture composée de piments de jardin, efficace dans le rhumatisme musculaire, certaines névralgies, et comme agent de révulsion dans les phlegmasies des muqueuses, par POULET. (*Bull. de thérap.*, 15 février.) — L'usage interne du chloroformé, par SCOTT. (*Therap. Gaz.*, 15 janv.)

Thyroïde. — Observations d'affections du corps thyroïde, par WALTER EDMUNDS. (*St-Thomas's hosp. Rep.* XIV, p. 207.) — Le goitre dans l'Hymalaya, par W. CURRAN. (*The Dublin journ. of med. sc.*, p. 223, mars.) — Excision du corps thyroïde, par RUPERT CHICKEN. (*Brit. med. journ.*, p. 1212, juin.)—Deux cas de goitre, extirpation de la glande thyroïde, gué-

Digitized by Google

rison, par ASTLEY BLOXAM. (*Ibid*, p. 413, août.) — Pronostic du goître exophtalmique, par W. HALE WITE. (*Ibid*, p. 151, juillet.)

Trachée. — Compression de la trachée et des bronches, diagnostic, par HARDY. (*Semaine méd.*, 28 juillet.) — Trachéite et bronchite scléreuses chez un enfant de 15 ans atteint de syphilis congénitale et trachéotomisé, par W. PARKER. (*Brit. med. journ.*, p. 879, mai.) — Présentation d'une malade portant depuis 24 ans une canule de trachéotomie sans le moindre inconvénient. par LEWIN. (*Berliner klinische Wochens.*, n° 4, p. 64, 25 janvier.) — Trachéotomie prophylactique dans le spasme de la glotte, par GLASER. (*Deutsche med. Woch*, n° 16.) — Un cas d'excision de la trachée, par JANNEY. (*Transact. med. soc. Pennsylv.*, XVI, p. 410.)

Transfusion. — Cas d'amputation de la hanche, dans laquelle la transfusion du sang devient nécessaire; guérison rapide, par A. G. MILLER. (*Edinb. med. journ.*, p. 721, février.)

Traumatisme. — Traumatismes et névropathies, par BATAILLE. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.)

Tuberculose. — De la tuberculose, par TRÉLAT. (*Progrès médical*, 27 mars.) — De la contagion de la tuberculose par les poules, par DE LAMALLERIE. (*Gaz. méd. de Paris*, 7 août.) — De la transmissibilité de la tuberculose et sa prophylaxie, par SANTI SIRENA. (*Giorn. int. delle sc. med.*, 1.) — Les causes et la distribution de la phtisie en Pensylvanie, par PEPPER. (*Americ. climatol. Assoc.*, 3e sess., 10 mai.) — La phtisie pulmonaire dans ses rapports avec les professions et les autres maladies, par ALEXANDER JAMES. (*Edinb. med. journ.*, p. 1015, mai 1886.) — De l'antimicrobiose de l'air des altitudes au point de vue de la prophylaxie et du traitement de la phthisie bacillaire des poumons, par DELIGNY. (*Union médicale*, 22 avril.) — Sur la nature micosique de la tuberculose et sur l'évolution bacillaire du microsporon furfur, son champignon pathogène, par DUGUET et HÉRICOURT. (*Acad. des sc.*, 27 avril.) — De la manière de colorer le bacille du tubercule, par E. W. CUSHING. (*Boston med. and surg. journ.*, 25 mars.) — Tubercules miliaires dans les parois de l'artère pulmonaire, par TURNER. (*Brit. med. journ.*, p. 977, mai.) — Examen physique des poitrines faibles et diagrammes différentiels de quelques formes de phtisie précoce, par DARWIN HUDSON. (*N. York Acad. of med.*, 7 mai.) — De la tuberculose pulmonaire, par LEGRAND. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 6 juin 1886.) — Ouverture spontanée d'une caverne tuberculeuse dans un espace intercostal, par BONNARD. (*Rev. médic. Suisse romande*, p. 112, février.) — Diagnostic différentiel de l'adénopathie trachéo-bronchique avec la tuberculose au début par MOUKSAR. (*Thèse de Paris*, 8 juillet.) — De la tuberculose cutanée, par HANOT. (*Arch. de phys.*, 1er juillet.) — De l'hydropéritonie et de l'ascite aux diverses périodes de la tuberculose, par LEUDET. (*Normandie médicale*, 15 janvier.) — Sur les rapports de la tuberculose oculaire avec la tuberculose générale, par VAJTASIEWICZ. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Coxalgie ancienne, redressement et immobilisation, méningite tuberculeuse tuberculose miliaire généralisée, mort, par VERCHÈRE. (*Soc. Anatom.*, 19 mars.) — De l'antipyrine dans la fièvre hectique des tuberculeux, par DENOTOVITCH. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — De la médication externe et de l'alimentation dans la phtisie pulmonaire, par THOS. J. MAYS. (*Therapeutic Gazette*, IX, 1, n° 6, p. 361.) — Onze cas de phtisie traités par les injections intrapulmonaires d'iode phéniqué, par BLAKE WHITE. (*Med. Record*, 22 mai.)

Tumeur. — Sur un procédé de division indirecte des cellules par trois dans

Digitized by Google

les tumeurs, par CORNIL. (*Acad. des sciences*, 5 juillet.) — Étude sur l'étiologie des tumeurs, par L.-J MC. NAMARA. (*Boston med. surg. journ.*, 4 février.) — Les tumeurs chez les animaux, par BLAND SUTTON. (*Journ. of anat. and physiol.*, juill. 1885.)

Typhoïde (Fièvre). — Des conditions typhogènes d'un groupe de maisons à Joigny, par LONGBOIS. (In-8°, *Paris.*) — De la contagion de la fièvre typhoïde, par DEBOVE. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 24 mars.) — Note sur la contagion de la fièvre typhoïde, par GÉRIN ROZE. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 7 avril.) — Étude étiologique du bacille typhique, par E. FRAENKEL et A. SIMMONDS. (In-8°, *Hambourg.*) — Origine de l'épidémie de fièvre typhoïde de Meysiez, infiltration des eaux d'égout dans les eaux d'alimentation, par ENGELHARDT, (*Rev. méd. Suisse romande*, V, p. 491.) — L'épidémie de fièvre typhoïde à Plymouth, Pensylvanie, par LEWIS TAYLOR. (*Med. News.*. 16 mai.) — Relation d'une épidémie d'affections typhiques, par CATRIN. (*Arch. de méd. milit.*, p. 424.) — Sur les nouveaux moyens de diagnostic de la fièvre typhoïde proposés en Allemagne, par SCHLEMNER. (*Union médicale*, 6 avril.) — La trémulence et la faiblesse musculaire comme signes de début des fièvres typhoïdes. (*Gaz. des hôp.*, 31 juillet.) — Fièvre continue, dite fièvre typhoïde des tropiques, ou fièvre chaude continue, par JOHN GUITÉRAS. (*Therapeutic Gazette*, n° 3, p. 145.) — Observations de fièvre typhoïde. (Hématurie, aphasie, troubles spinaux, périostite, par DYCE DUCKWORTH. (*St-Barth. hosp. Rep.*, XXI, p. 105.) — Des ulcérations de l'isthme du gosier dans la fièvre typhoïde, par A. CAHN. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 14, p. 218, 5 avril.) — Thyroïdite suppurée, suite de fièvre typhoïde, par BOUCHER. (*Arch. de méd. milit.*, 16 mai, p. 353.) — Dilatation persistante des veines de l'abdomen et du membre inférieur, consécutive à une fièvre typhoïde, par APOLANT. (*Berl. klin. Woch.*, n° 20, p. 328, 17 mai.) — De la perforation intestinale dans la fièvre typhoïde, par DELLAY. ((*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Note sur un cas de fièvre typhoïde mortelle à forme sudorale, par JUHEL RÉNOY. (*Archives de médecine*, mars.) — De l'artérite aiguë dans le cours de la fièvre typhoïde par DESCHAMPS (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — De la gangrène sèche des extrémités dans la fièvre typhoïde, par DICQUEMARE. (In-4°, *Montpellier.*) — La fièvre typhoïde traitée par les bains tièdes progressivement refroidis, par LE GENDRE. (*Union médicale*, 3 avril.) — Nouvelle méthode pour administrer les bains dans la fièvre typhoïde, par H. C. WOOD (*Therapeutic Gazette*, IX, p. 446.) — Traitement de la fièvre typhoïde à l'hôpital de New-York, par SOLLACE MITCHELL. (*Therapeutic Gazette*, IX, n° 6, p. 377.) — Traitement de la fièvre typhoïde, par PORCHER. (*Assoc. of americ. Physicians*, 17 juin.) — Fièvre typhoïde; traitement par l'antipyrine, par A. KIEN. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er juillet.)

U

Ulcère. — De l'ulcère phagédénique des pays chauds, particulièrement observé au Sénégal, par AMOURETTE. (In-4°, *Lyon.*) — De la guérison des grands ulcères de la jambe par les pulvérisations phéniquées, par GILLES DE LA TOURETTE. (*Revue de chir.*, 10 juillet.) — Nature et origine de l'ulcère rongeant (lupus vorax), par G. FERGUSON. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXI, p. 101.)

Urée. — Sur un nouvel uréomètre, par DANNECY. (*Bull. de thérapeutique*,

Digitized by Google

15 mai.) — Nouvel uréomètre, par GEORGES FRUTIGER. (*Revue méd. Suisse romande*, p. 150, mars.)

Urémie. — Traitement de l'urémie, par ROLAND. (*Thèse de Paris*, 30 juin.)

Urètre. — Considérations pratiques sur l'urètre de l'homme, par H. PICARD (*Ann. des mal. des org. gén. urin.*, déc. 1885.) — Rétrécissements de l'urètre, par GUYON. (*La Semaine méd.*, 26 mai.) — Rétrécissement de l'urètre traité par la méthode de Le Fort, par C. POSNER. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 18, p. 289, 3 mai.) — Du cathétérisme rétrograde (note complémentaire), par CHARLES MONOD. (*Bull. soc. de chir.*, XII, f. 401-404.) — Sur le traitement des fausses routes des voies urinaires, par S. SACCHI. (*La Sperimentale*, janv.) — Urétrotomie externe sous-cutanée, par MARTIN. (*Americ. surg. Assoc.*, 30 avril.) — Infiltration d'urine due à un rétrécissement traumatico-blennorragique, urétrotomie externe incomplète, rétablissement du canal un mois après, par E. MONOD. (*Annal. des mal. gén. urin.*, oct. 1885.) — Absence complète de l'urètre, incontinence d'urine suite d'accouchement, par POST. (*Americ. journ. of obst.*, août 1885.) — Epispadias chez la femme, par DOHRN. (*Zeit. f. Geburtsh. u. Gynæk.*, XII, p. 1.) — Micrococci trouvés dans les sécrétions urétrales de deux garçons, par CSÉRI. (*Wien. med. Presse*, n° 13, p. 408.)

Urine. — De la présence de ferments digestifs dans l'urine humaine, par MYA et BELFANTI. (*Gaz. degli ospit.*, n° 1.) — Contribution à l'étude de la sécrétion urinaire, par LÉPINE et AUBERT. (*Soc. de biologie*, 16 janv.) — De l'importance diagnostique de l'examen de l'urine dans les maladies aiguës, par RENZONE. (*Giorn. int. delle sc. med.*, 1.) — D'un nouveau mode d'emploi du réactif iodo-ioduré dans la recherche des alcaloïdes et en particulier des leucomaines de l'urine, par CHIBRET et IZARN. (*Acad. des sc.*, 24 mai.) — Recherches expérimentales sur les réactions de divers sels de cuivre et du sucre de raisin. Quelques preuves certaines de la présence du sucre dans l'urine, par GEORGE HAY. (*Therapeutic Gazette*, IX, n° 3, p. 160.) — Note sur les effets produits dans l'urine des enfants par l'ingestion d'une grande quantité de sucre de raisin, par M. KATING. (*Ibid.*, IX, n° 1, p. 24.) — Atlas des maladies des voies urinaires, maladies de l'urètre et de la prostate, par GUYON et BAZY. (In-4°, 400 pages, avec 50 pl., *Paris*.) — Rétention d'urine traumatique, par BOURSIER. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 13 juin.) — De l'incontinence nocturne d'urine essentielle, par PICARD. (*Progrès médical*, 15 mai.) — Etude de l'infiltration urineuse, par ROSER. (*Cent. f. Chir.*, n° 24, p. 409.) — Un cas de fistule urinaire ombilicale due à la persistance de l'ouraque, par GARNALL. (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 3 avril, p. 372.)

Utérus. — Hémorragies utérines, étiologie, diagnostic, traitement par SNEGUIREFF, trad. de VARNIER. (In-8°, 300 pages, *Paris*.) — Du traitement intra-utérin de l'endométrite chronique par l'iodoforme, par WEISSENBERG, (réclamation de priorité sur Kugelmann). (*Berlin. klin. Woch.*, n° 5, p. 71, 1er février.) — De l'emploi de la curette dans le diagnostic et le traitement des affections de la muqueuse utérine, par W. SMYLY. (*The Dublin j. of med. sc.*, p. 421, mai.) — De l'endométrite dysménorréique, par SCHROEDER. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 mars 1885.) — Traitement chirurgical des suppurations pelviennes chez la femme, par TERRILLON. (*Semaine méd.*, 4 août.) — Nouvel instrument pour la médication intra-utérine, par GEHRUNG. (*Amer. journ. of obstet.*, juillet.) — Des moyens de dilater l'utérus et des indications de cette dilatation (septicémie puerpérale, rétention placentaire, fibromes utérins, endométrite chronique, etc.), par P. HORROCKS. (*Guy's hosp. rep.*, XLIII, p. 71.) — Nouveau dilatateur utérin, par PALMER. (*Obst.*

Digitized by Google

soc. of Cincinnati, 11 mars.) — Déchirures du col utérin avec symptômes particuliers, par WILSON. (*Obst. soc. of Philad.*, 4 fév.) — 50 cas de déchirure du col, traités par la suture au crin de Florence et le pansement à l'iodoforme, par SUTTON. (*Med. News*, 3 juillet.) — Des métrites chroniques simples, par LAROYENNE. (14 juillet.) — Nouvelle méthode de traitement de l'antéversion, par TURNER. (*Americ. journ. of obstet.*, juillet.) — Inversion aiguë de l'utérus, par WEEKS. (*Arch. de tocologie*, 15 juillet.) — Pathologie de la trompe, par A. MARTIN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 17.) — Double pyosalpyngite, par SIMS. (*Transact. of obst. soc. N. York*, 6 avril.) — La maladie des annexes utérins est-elle aussi fréquente qu'on le dit, par COE. (*Americ. journ. of obst.*, juin.) — Hydrosalpyngite avec absence congénitale des trompes et des ligaments larges, par KELLY. (*Obst. soc. of Philad.*, 4 mars.) — Double pyosalpyngite avec abcès d'un ovaire, laparotomie avec drainage, guérison, par MUNDÉ. (*Obst. soc. New York*, 20 avril.) — Traitement du prolapsus utérin par l'opération d'ALEXANDER. (*Ibid.*, 6 avril.) — Remarques pratiques sur l'hémomètre, par FLEISCHL. (*Soc. de méd. de Vienne*, 26 fév.) — L'opération d'Alexander, par HEYDENREICH. (*La Semaine méd.*, 28 juillet.) — Occlusion de la trompe, dysménorrhée avec convulsions et opistothonos, laparatomie, guérison, par STANSBURY SUTTON. (*Arch. de tocologie*, 15 juillet.) — Deux obs. de laparo-hystérectomie, par GROSS. (*Arch. de tocologie*, 15 juillet.) — Excision des trompes utérines, plaie de la vessie, guérison, par JAMES MURPHY. (*Brit. med. Journ.*, p. 154, juillet.) — Sur la gastrotomie dans les ruptures utérines, par JAILLE. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Fibromyomes multiples utérins, péritonite suppurée, néphrite interstitielle, urémie, mort, par DEMARS. (*Soc. anat.*, 19 mars.) — Utérus gravide avec fibromes sous-péritonéaux, mort de septicémie par pyélonéphrite due à une rétention par pression sur le col de la vessie, par LEE. (*Obst. soc. N. York.*, 20 avril.) — Tumeur fibro-cystique développée dans l'épaisseur du ligament large, laparotomie, guérison, par LE BEC. (*Gaz. des hôp.*, 1er juillet.) — Opération d'Hegar pour des fibromes sessiles sous muqueux, par LEE. (*Obst. soc. N. York.*, 4 mai.) — Tumeur fibro-kystique de l'utérus, laparotomie et hystérectomie sus-vaginale, par ERICH. (*Gynecol. soc. of Baltimore*, 9 fév.) — Obs. cliniques sur les fibromyomes de l'utérus, par LANGE. (*Med. News*, 12 juin.) — De l'hystérectomie vaginale par GONIET. (*Thèse de Paris*, 30 juillet.) — Hystérectomie, par RICHELOT. (*Bull. Acad. de méd.*, 18 juillet.) — Epithelioma de l'utérus traité par le nitrate acide de mercure, résultat 6 ans après, par LASKIE MILLER. (*Gynec. soc. of Chicago*, 19 mars.) — Sarcome diffus de l'utérus avec noyaux dans le foie et les poumons, par BEATES. (*Obst. soc. of Philad.*, 4 fév.) — Cancer primitif du col de l'utérus traité selon la méthode du prof. Vuillet, cicatrisation complète de l'ulcération, par WISARD. (*Rev. méd. Suisse romande*, 15 juillet.) — Le diagnostic précoce du cancer du col utérin, par PALMER. (*Cincinnati acad. of med.*, 14 juin.) — Deux cas de carcinome utérin, par VEIL. (*Deutsche med. Woch.*, n° 11, p. 177.) — Epithelioma du col utérin chez une femme de 31 ans, hystérectomie vaginale, guérison, par BUFFET. (*Gaz. des hôp.*, 13 juillet.)

V

Vaccin. — Manuel pratique de vaccination animale, par VAILLARD. (In-12, *Paris.*) — Considérations pratiques sur l'inoculation vaccinale par injection sous-épidermique, par scarifications et par vaccination, par BOURGEOIS.

Digitized by Google

(*Bul. de thérap.*, 30 mars.) — Quelques remarques au sujet des vaccinations, par NAUNYN. (In-8°, *Leipsig*).

Vagin. — Des maladies du vagin, par BREISKY. (In-8°, *Stuttgart.*)

Vaisseaux. — Sur l'endothelium de la paroi des vaisseaux des invertébrés, par VIGNAL. (*Arch. de phys.*, 1 juillet.)

Varice. — Nouveau suspensoir pour le varicocèle, par ERNOUL. (*Bull. de thérap.*, 30 juin.) — Traitement du varicocèle par la cautérisation, par PICQUÉ. (*Rev. de chir.*, 10 avril.) — Varicocèle. Opération de Horteloup, par ROUX. (*Revue médic. Suisse romande*, p. 203, avril.) — Traitement des varices des membres inférieurs par les injections de perchlorure de fer, par WEINLECHNER. (*Soc. des méd. de Vienne*, 12 mai.)

Variole. — Variole et vaccine, leur action, leur force, contribution à l'étude de l'inoculation en France, par LEMAISTRE. (Broch., *Limoges.*)— De quelques difficultés du diagnostic de la variole hémorragique, par A. HAIG. (*St-Barth. hosp. Rep.*, XXI, p. 131.) — Deux cas de variole hémorragique, par COMBY. (*France médicale*, 29 avril.)

Vessie. — Capacité et tension de la vessie, par DUCHASTELET. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Sur les vessies à cellules, par ROBELIN. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Rétrécissement de l'urètre, cystite aiguë, urétrotomie, mort; bougie siégeant dans la vessie et incrustée de phosphates, par REGNAULD, (*Soc. anat.*, 26 mars.) — Tumeur de la vessie chez la femme, taille hypogastrique, par BAZY. (*Soc. anat.*, 2 avril.) — Leçons sur le traitement chirurgical de la pierre dans la vessie, par WILLIAM CADGE. (*Brit. med. journ.*, p. 1149, juin.) — Épithéliome de la vessie chez la femme, mort par métastase pulmonaire, par MUNDÉ. (*Obst. Soc. N. York*, 2 mars.) — Extirpation de la vessie, par Van STERSON. (*Centralblatt f. d. med. Wissensch.*, n° 1, janvier.)

Vieillard. — L'hygiène des vieillards, par WOOD. (*Therap. Gaz.*, 15 mai.)

Vision. — Sur une condition physiologique influençant les mesures photométriques, par CHARPENTIER. (*Acad. des sciences*, 12 juillet.) — Mouvements apparents d'un petit objet faiblement éclairé dans le champ visuel obscur, par A. CHARPENTIER. (*Soc. de biologie*, 8 mai.) — Sur une illusion visuelle, par CHARPENTIER. (*Acad. des sc.*, 24 mai.) — L'inertie rétinienne et la théorie des perceptions visuelles, par CHARPENTIER. (*Arch. d'ophtalm.*, mars.)

Vomissement. — Du vomissement chez les tuberculeux, par LACROIX. (*Thèse de Paris*, 5 juillet.)

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07030 4145

Digitized by Google

Digitized by Google